

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ МАТЕМАТИКИ И ИНФОРМАЦИОННЫХ

ТЕХНОЛОГИЙ

КАФЕДРА АСЦТ

«Согласована»

Председатель Методического совета
факультета МИТ, доцент, п.и.к.:

_____ Д. Зулпукарова

«__» _____ 2020 г.

«Утверждена»

на заседании кафедры
Программирования от 27 августа

2020 года, протокол №1

Зав. каф. АСЦТ, доцент

Молдоярлов У.Д. _____

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС

по дисциплине «Экономика в здравоохранении»

Учебно-методический комплекс составлен **в соответствии с требованиями ГОС ВПО КР, на основе бюллетеня №19 ОшГУ и ООП специальности по направлению: «Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия»**

Составитель: к.э.н., ст. преп. Хамзаева А.М.

2020-2021 – учебный год

Данные о преподавателе:

Хамзаева Айнур Мураталиевна – кандидат экономических наук, старший преподаватель кафедры АСЦТ факультета Математики и информационных технологий ОшГУ

Стаж работы – 21 год.

Образование:

- Высшее, ОшГУ, финансово-экономический факультет, 1998 г.;

Рабочее место: 723500, главный корпус ОшГУ, ул. Ленина 331, кабинет 205.

Контактная информация:

Моб. телефон: 0773010190

E-mail: ainura.hamzaeva@gmail.com

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. АННОТАЦИЯ К ДИСЦИПЛИНЕ “Экономика в здравоохранении”	4
Внутренняя и внешняя рецензии на рабочую программу.....	5
II. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА	7
1. Цели освоения дисциплины.....	9
2. Результаты обучения и компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины “Экономика в здравоохранении”	9
4. Карта компетенций дисциплины в разрезе тем (разделов)	10
5. Технологическая карта дисциплины.....	11
6. Карта накапливаемости баллов по дисциплине.....	11
7. Тематический план распределения часов по видам занятий	13
8. Программа дисциплины.....	15
9. Цели и результаты обучения по темам дисциплины.....	15
10. Календарно-тематический план по видам занятий	22
11. Образовательные технологии.....	28
12. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	29
13. Политика выставления баллов.....	29
14. Политика курса	31
III. СИЛЛАБУС	33
1. Цели освоения дисциплины.....	35
2. Результаты обучения и компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины “Экономика в здравоохранении”	35
3. Место дисциплины в структуре ООП.....	36
4. Технологическая карта дисциплины.....	36
5. Карта накапливаемости баллов по дисциплине.....	36
6. Краткое содержание дисциплины	38
7. Календарно-тематический план распределения часов по видам занятий	38
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	45
9. Политика выставления баллов.....	45
IV. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ.....	49
Оценочные средства по темам дисциплины	50
Общие критерии для разных форм оценочных средств	58
Критерий оценки презентации студента.....	58
Критерий оценки демонстрации проектной работы студента.....	59
Критерии оценки на экзамене.....	62
V. ГЛОССАРИЙ (СЛОВАРЬ)	64
VI. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ.....	70
VII. ТЕСТЫ.....	72
VIII. ЛЕКЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ	74

I. АННОТАЦИЯ К ДИСЦИПЛИНЕ “ЭКОНОМИКА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ”

Дисциплина “Экономика в здравоохранении” относится к дисциплинам **вариативной** части цикла **специальных** дисциплин (ВЗ), обеспечивающих теоретическую и практическую подготовку бакалавров в области Информатики в здравоохранении.

Изучение данной дисциплины базируется на знаниях, умениях и навыках, формируемых предшествующими дисциплинами: «Философия», «Математика», «Информатика», «Информационные системы в здравоохранении», «Основы здравоохранения».

Основные положения дисциплины должны быть использованы в дальнейшем при изучении дисциплин “Тактический менеджмент в здравоохранении” и др.

Цели освоения дисциплины

Приобретение знаний и практических навыков по решению основных вопросов экономики здравоохранения; выработка у будущих специалистов умения оценить свою деятельность с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, проанализировать экономические аспекты деятельности лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений в современных условиях.

Формируемые компетенции:

- способен использовать базовые положения математических /естественных/ гуманитарных/ экономических наук при решении профессиональных задач (ОК-2);
- способен анализировать и оценивать социально-экономические и культурные последствия новых явлений в науке, технике и технологии, профессиональной сфере (ОК-5);
- способен на научной основе оценивать свой труд, оценивать с большой степенью самостоятельности результаты своей деятельности (ОК-6).

В процессе обучения дисциплины студент получает следующие **результаты обучения**:

➤ **знает и понимает** базовые категории экономики здравоохранения; основы экономики здравоохранения и выработки экономического мышления; экономические показатели деятельности учреждений здравоохранения;

➤ **умеет** рассчитывать экономические показатели деятельности учреждений здравоохранения, составлять планы и сметы, принимать управленческие решения;

➤ **владеет** профессиональными умениями, необходимыми для осуществления экономического анализа деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь различным категориям граждан; навыками работы в условиях рыночной экономики и конкуренции; навыками принятия экономических решений в конкретных условиях работы лечебных учреждений в целях повышения качества медицинского обслуживания и экономического эффекта лечебно-профилактических мероприятий.

Внутренняя и внешняя рецензии на рабочую программу

РЕЦЕНЗИЯ

на рабочую программу по дисциплине "Экономика в здравоохранении" для студентов очного отделения, обучающихся по направлению «Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия»

Рабочая программа дисциплины "Экономика в здравоохранении" разработана в соответствии с требованиями ГОС ВПО КР, на основе бюллетеня №19 ОшГУ и ООП специальности по направлению «Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия».

Рецензируемая программа предназначена для методического обеспечения учебной работы студентов очной формы обучения. Содержание представленной на рецензию рабочей учебной программы включает в себя следующие разделы: цели и задачи освоения дисциплины; место дисциплины в структуре ООП; требования к результатам освоения дисциплины; объем дисциплины и виды учебной работы; содержание дисциплины; библиотечно-информационные ресурсы; оценочные средства; материально-техническое обеспечение.

Содержание курса представлено 15 разделами, которые в полной мере отражают необходимый объем изучаемого материала. По каждой теме составлен перечень вопросов, рассмотрение которых позволит сформировать знания, умения и навыки, отвечающие требованиям ГОС ВПО КР.

Информация о видах и объеме учебной работы содержит тематику лекционных занятий и указания к практическим занятиям, призванных помочь студенту получить теоретические знания и практические навыки по решению основных вопросов экономики здравоохранения; умений по оценке своей деятельности с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, анализу экономических аспектов деятельности лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений в современных условиях.

Программа соответствует всем требованиям бюллетеня №19 ОшГУ и ООП специальности по направлению «Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия».

Рецензент, расчетный бухгалтер ОшГУ,
к.э.н., доцент

Эсенбаев Н.С.

РЕЦЕНЗИЯ

на рабочую программу по дисциплине "Экономика в здравоохранении" для студентов очного отделения, обучающихся по направлению «Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия»

Рабочая программа дисциплины "Экономика в здравоохранении" разработана в соответствии с требованиями ГОС ВПО КР, на основе бюллетеня №19 ОшГУ и ООП специальности по направлению «Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия».

Рабочая программа содержит: цели дисциплины, результаты обучения и компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины, место дисциплины в структуре ООП, карта компетенций дисциплины в разрезе тем, технологическая карта дисциплины, карта накопления баллов по дисциплине, тематический план распределения часов по видам занятий, программа дисциплины, цели и результаты обучения по темам (разделам) дисциплины, календарно-тематический план по видам занятий с указанием формируемых компетенций, часов, баллов, методов, оценочных средств, литературы, образовательные, технологии учебно-методическое обеспечение дисциплины и политика выставления баллов.

На основании вышеизложенного считаю, что рецензируемая программа полностью соответствует предъявляемым требованиям и может быть рекомендована для обучения студентов по направлению «Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия».

Рецензент, к.э.н., доцент,
зав. каф. БУиЭА факультета БИМ:

Мырзаibraимова И.Р.

II. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ МАТЕМАТИКИ И ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
КАФЕДРА АСЦТ

«Согласована»
Председатель Методического совета
факультета МИТ доцент, канд. п.и.к.:
_____ Д. Зулпукарова

«Утверждена»
на заседании кафедры АСЦТ
от 27 августа 2020 года, протокол №1
Зав. каф. АСЦТ, доцент

«__» _____ 2020 г.

Молдояров У.Д. _____

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине: "Экономика в здравоохранении"
для студентов очного отделения, обучающихся по направлению:
«Информатика в здравоохранении и биомедицинская инженерия»

Сетка часов по учебному плану

3 курс, 5 сем.	Всего	Ауд. зан.	Аудит. зан.		СРС	Отчетность	
			Лекц.	Практ.		5 сем.	5 сем.
	120 ч.	60 ч.	30 ч.	30 ч.	60 ч.	РК 2	Экз.

Рабочая программа составлена на основании ООП, утвержденной Ученым Советом
факультета _____ протокол № _____ от _____ 20__ г.

Составитель: _____ Хамзаева А.М.

2020-2021 – учебный год

СОДЕРЖАНИЕ

1. Цели освоения дисциплины.....	9
2. Результаты обучения и компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины “Разработка приложений для мобильных устройств”	9
3. Место дисциплины в структуре ООП.....	10
4. Карта компетенций дисциплины в разрезе тем (разделов).....	10
5. Технологическая карта дисциплины.....	11
6. Карта накапливаемости баллов по дисциплине.....	11
7. Тематический план распределения часов по видам занятий.....	13
8. Программа дисциплины.....	15
9. Цели и результаты обучения по темам дисциплины.....	15
10. Календарно-тематический план по видам занятий	22
11. Образовательные технологии.....	28
12. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.....	29
13. Политика выставления баллов	29
14. Политика курса	31

1. Цели освоения дисциплины

Приобретение знаний и практических навыков по решению основных вопросов экономики здравоохранения; выработка у будущих специалистов умения оценить свою деятельность с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, проанализировать экономические аспекты деятельности лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений в современных условиях.

Задачи освоения дисциплины:

- сформировать у студентов профессиональные умения, необходимые для
- осуществления экономического анализа деятельности учреждений
- здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь различным
- категориям граждан;
- - ознакомление с экономическими показателями деятельности учреждений
- здравоохранения;
- - усвоение основ экономики здравоохранения и выработка экономического
- мышления; - формирование компетентности в базовых категориях экономики
- здравоохранения;
- - формирование навыков работы в условиях рыночной экономики и
- конкуренции;
- - овладение навыками принятия экономических решений в конкретных
- условиях работы лечебных учреждений в целях повышения качества
- медицинского обслуживания и экономического эффекта лечебно-
- профилактических мероприятий..

2. Межпредметные связи. Перечень дисциплин и разделов, усвоение которых необходимо при изучении данной дисциплины

Для изучения экономики здравоохранения у студентов должны быть знания по следующим основным дисциплинам:

- математика (для использования методов экономического анализа);
- иностранный язык (для расшифровки терминов международной статистики, а также навыки обработки текстов для использования полученной информации в профессиональных целях);
- философия (для использования в анализе и интерпретации характеристик здоровья населения, образа и условий его жизни);
- экономика (для изучения методов экономической теории);
- правоведение (юридические основы деятельности медицинского работника и организации здравоохранения);

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИОННЫХ ЗАНЯТИЙ

№	Наименование тем	Кол. часов
1	Экономика здравоохранения как наука	2
2	Здравоохранение как отрасль экономики	2
3	Особенности предпринимательства в здравоохранении	2
4	Здравоохранение в системе рыночных отношений	2
5	Инновационные процессы в здравоохранении	2
6	Особенности рынка труда в условиях рыночной экономики	2
7	Финансирование и планирование здравоохранения в условиях медицинского страхования	2
8	Экономический анализ деятельности стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений	2
9	Медико-экономические проблемы реформы здравоохранения	2
10	Системы здравоохранения в различных странах	2
11	Медицинское страхование, исторические аспекты медицинского страхования	2
12	Качество медицинской помощи. Компоненты качества, управление качеством	2
13	Здравоохранение в системе рыночных отношений	2
14	Ценообразование в платной медицинской деятельности	2
15	Оплата труда медицинских работников	2
	ВСЕГО:	30

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

№	Наименование тем	Кол. часов
1	Введение в основы экономики здравоохранения	2
2	Здоровье как социально-экономическая категория	2
3	Здравоохранение как корпоративная система в социальной сфере	2
4	Финансовая среда и финансирование здравоохранения	2
5	Особенности предпринимательской деятельности в здравоохранении	2
6	Медико-производственный и медико-социальный комплексы	2
7	Особенности формирования рынка медицинских услуг	2
8	Потребитель медицинских услуг – основной объект и субъект экономических отношений	2
9	Методика ценообразования на медицинские товары и услуги	2
10	Издержки производства медицинских услуг и их структура.	2
11	Особенности медицинского страхования в КР	2
12	Качество медицинской помощи	2
13	Экономические ресурсы в здравоохранении	2
14	Программа Государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи	2
15	Инновационные процессы в здравоохранении	2
	ВСЕГО:	30

Тематический план СРС

№	Наименование самостоятельных занятий	Кол-во часов
1.	Основные тенденции развития экономики здравоохранения	2
2.	Проблемы бизнес планирования деятельности учреждений здравоохранения	2
3.	Методика ценообразования платной медицинской помощи и формирования тарифа в системе ОМС	2
4.	Финансовый менеджмент в здравоохранении	2
5.	Вопросы рационального использования ресурсов здравоохранения	2
6.	Экономика медицинской организации	2
7.	Оплата труда медицинских работников в условиях рынка	2
8	Эффективность в здравоохранении	2
9	Основы экономики здравоохранения	2
10	Рынок медицинских товаров и услуг	2
11	Элементы рыночного механизма, структура рынка	2
12	Финансовая среда медицинских учреждений	2
13	Методы оплаты медицинской помощи	2
14	Стратегия ценообразования. Виды цен в здравоохранении	2
15	Переход учреждений здравоохранения на новые системы оплаты труда	2
16	Развитие системы страхования в зарубежных странах	2
17	Рыночные отношения в здравоохранении	2
18	Источники финансирования учреждений здравоохранения	2
19	Роль экономики здравоохранения в системе охраны здоровья населения	2
20	Опыт совершенствования здравоохранения в экономически развитых странах	2
21	Концепция развития здравоохранения	2
22	Новые организационно-правовые формы в здравоохранении	2
23	Разработка бизнес плана объекта здравоохранения	2
24	Роль лицензирования и аккредитации объектов здравоохранения	2
25	Себестоимость, цена, прибыль и рентабельность медицинских услуг	2
26	Социально-демографическая ситуация в КР	2
27	Факторный анализ социально-экономических предпосылок эффективности здравоохранения	2
28	Оценка экономической эффективности качества лечебно-профилактической помощи	2
29	Показатели экономической эффективности медицинских учреждений	2
30	Пути и способы повышения эффективности функционирования объектов здравоохранения	2
ИТОГО:		60

Перечень вопросов теоретического курса

1. Предмет экономики здравоохранения
2. Необходимость экономики здравоохранения
3. Современный экономический процесс в здравоохранении
4. Цель и задачи экономики здравоохранения
5. Методы экономики здравоохранения
6. Экономика здравоохранения в системе экономических наук
7. Здравоохранение в системе общественного производства
8. Медицинская услуга как категория экономики здравоохранения
9. Взаимосвязь здравоохранения и другими отраслями
10. Основные экономические особенности медицинской услуги
11. Экономические ресурсы в здравоохранении
12. Проблема ограниченности ресурсов
13. Виды экономических ресурсов
14. Издержки и их структура
15. Рациональное и прибыльное использование ресурсов в здравоохранении
16. Производственные возможности общества
17. Кривая производственных возможностей
18. Экономическая эффективность медицинской помощи
19. Ресурсное обеспечение здравоохранения как отрасли экономики
20. Рынок медицинских товаров и услуг
21. Субъекты и объекты рынка медицинских услуг
22. Функции рынка медицинских услуг
23. Причины и условия возникновения рынка медицинских услуг
24. Виды и структура рынка медицинских товаров и услуг
25. Основные элементы рынка медицинских товаров и услуг
26. Суть закон спроса на медицинские услуги
27. Суть закона предложения на медицинские услуги
28. Факторы, влияющие на величину спроса медицинских услуг
29. Факторы, влияющие на величину предложения медицинских услуг
30. Государственное регулирование рынка услуг здравоохранения
31. Формирование рыночной цены
32. Специфические черты рынка медицинских товаров и услуг
33. Здравоохранение в системе рыночных отношений
34. Потребитель услуг здравоохранения – основной объект и субъект экономических отношений
35. Экономическое значение здоровья работоспособного населения
36. Экономические потери вследствие заболеваемости
37. Социальная и экономическая эффективность здравоохранения
38. Здоровье как социальная и экономическая категория
39. Общественное значение здоровья
40. Связь здоровья с уровнем жизни населения и качеством жизни
41. Специфика предпринимательства в здравоохранении
42. Виды предпринимательской деятельности в здравоохранении
43. Экономическая сущность собственности
44. Организационно – правовые формы предпринимательской деятельности
45. Ограничения бизнеса в здравоохранении
46. Предпосылки бизнеса в здравоохранении
47. Основные направления государственной поддержки субъектов малого предпринимательства в медицине
48. Основные разделы бизнес плана
49. Цель бизнес плана

50. Функции предпринимательства в здравоохранении
51. Сущность и признаки предпринимательства
52. Особенности предпринимательской деятельности в здравоохранении
53. Малое предпринимательство в медицине
54. Субъекты и объекты бизнеса в здравоохранении
55. Источники финансирования в здравоохранении
56. Риск бизнеса в здравоохранении
57. Сущность и роль цены в здравоохранении
58. Виды цен, используемых в здравоохранении
59. Функции цен в здравоохранении
60. Структура цены медицинской услуги
61. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба
62. Прямой и косвенный экономический ущерб
63. Экономический ущерб от смертности в трудоспособном возрасте
64. Экономический ущерб от инвалидности
65. Экономический ущерб вследствие заболеваемости
66. Финансы в здравоохранении
67. Структура финансовой системы
68. Модели финансирования в здравоохранении
69. Цели и направления реформы в здравоохранении
70. Инновационные процессы в здравоохранении
71. Основные направления инноваций в здравоохранении
72. Проблемы инноваций в медицине
73. Виды инноваций в здравоохранении
74. Роль маркетинга в здравоохранении
75. Концепция маркетинга в здравоохранении
76. Финансирование и планирование в условиях медицинского страхования
77. Экономический анализ деятельности стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений
78. Медико-экономические проблемы реформы здравоохранения
79. Системы здравоохранения в различных странах
80. Оплата труда медицинских работников
81. Развитие системы страхования в зарубежных странах
82. Качество медицинской помощи
83. Особенности медицинского страхования
84. Программа Государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи
85. Пути и способы повышения эффективности функционирования объектов здравоохранения.

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №1
ТЕМА: Введение в основы экономики здравоохранения

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Сущность экономики здравоохранения;
- Актуальные проблемы экономики здравоохранения;
- Цель и задачи экономики здравоохранения.

Уметь:

- Связывать экономику здравоохранения с медициной;
- Анализировать воздействие рыночного механизма на систему здравоохранения;
- Анализировать содержание, характер осуществления и результаты хозяйственного процесса в здравоохранении.

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Происхождение и сущность экономики здравоохранения.
2. Предпосылки возникновения рыночных отношений в здравоохранении.
3. Необходимость изучения экономики в здравоохранении.
4. Экономические особенности медицинских услуг.
5. Цель и задачи экономики здравоохранения.
6. Основные экономические категории, применяемые в здравоохранении.
7. Современный экономический процесс в здравоохранении.
8. Трансформация экономических связей.
9. Экономика здравоохранения в системе экономических наук.
10. Методы экономического исследования
11. Здравоохранение в системе общественного производства.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. - 2009, 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011, -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №2
ТЕМА: Здоровье как социально-экономическая категория

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Значение здравоохранения как отрасли экономики;
- Здоровье как экономическая категория;
- Экономические последствия нездоровья.

Уметь:

- Связывать здравоохранение с экономикой;
- Анализировать экономические последствия нездоровья;

План изучаемой темы:

1.0. Разбор темы по учебным вопросам:

1. Определение здоровья. Здоровье как экономическая категория.
2. Предпосылки возникновения рыночных отношений в здравоохранении.
3. Необходимость изучения экономики в здравоохранении.
4. Экономические медицинские особенности медицинских услуг.
5. Цель и задачи экономики здравоохранения.
6. Структура экономического ущерба в связи с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью.
7. Экономические ресурсы в здравоохранении.
8. Материальные, финансовые, трудовые ресурсы в здравоохранении.
9. Рациональное использование ресурсов здравоохранения.
10. Издержки, себестоимость, прибыль, выручка и другие показатели.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. Учебник. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resoources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №3

ТЕМА: Здоровоохранение как корпоративная система в социальной сфере

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Становление и развитие хозяйственного механизма здравоохранения;
- Роль экономики здравоохранения в системе охраны здоровья населения;

Уметь:

- Анализировать концепцию разгосударствления и приватизации объектов здравоохранения;
- Анализировать влияние показателей здоровья населения на национальный доход.

План изучаемой темы:

1.0. Разбор темы по учебным вопросам:

1. Здоровье основа общественного благополучия нации, ее экономического и социального процветания.
2. Виды эффективности в здравоохранении.
3. Основа экономического анализа.
4. Экономические и медицинские особенности медицинских услуг.
5. Основные проблемы экономики здравоохранения.
6. Основные положения модели регулируемого рынка в здравоохранении.
7. Экономические ресурсы в здравоохранении.
8. Технология медико-экономической оценки эффективности для принятия решений.
9. Рациональное использование ресурсов здравоохранения.
10. Особенности экономических отношений в системе здравоохранения: современное состояние проблемы.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. - 2009, 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
2. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
3. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
4. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resoources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №4
ТЕМА: Финансовая среда и финансирование здравоохранения

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Движение и распределение денежных средств в здравоохранении;
- Источники финансирования медицинской деятельности;

Уметь:

- Анализировать экономические показатели деятельности медицинского учреждения;
- Рассчитывать показателей: коэффициент автономии, ликвидности, износа.

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Финансовые отношения ЛПУ
2. Элементы финансовых отношений в здравоохранении.
3. Классификация финансовых ресурсов.
4. Новые формы финансовых отношений: лизинг и факторинг.
5. Опыт реформирования бюджетной модели финансирования здравоохранения.
6. Обзор современных форм финансирования медицинских организаций.
7. Обязательное медицинское страхование. Добровольное медицинское страхование.
8. Источники финансирования здравоохранения.
9. Факторы, влияющие на формирование и использование бюджета медицинского учреждения.
10. Рациональное и прибыльное использование ресурсов здравоохранения.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. - 2009, 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
2. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
3. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
4. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resourcess/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №5

ТЕМА: Особенности предпринимательской деятельности в здравоохранении

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Возможность предпринимательства в здравоохранении;
- Специфику предпринимательства в здравоохранении;
- Ограниченности предпринимательства в здравоохранении.

Уметь:

- Анализировать положительные и отрицательные стороны предпринимательской деятельности в здравоохранении;

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Сущность предпринимательской деятельности в здравоохранении.
2. Виды и формы бизнеса в медицине.
3. Цель и задачи предпринимательства в здравоохранении.
4. Принципы и черты бизнеса в здравоохранении.
5. Изменение отношений собственности в медицине.
6. Крупный, средний и мелкий бизнес в здравоохранении.
7. Специфические черты бизнеса в здравоохранении.
8. Основные противоречия бизнеса в здравоохранении.
9. Ограничения бизнеса в здравоохранении.
10. Причины и особенности теневого бизнеса в здравоохранении.
11. Государственное регулирование предпринимательства в здравоохранении.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. -2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №6
ТЕМА: Медико-производственный и медико-социальный комплексы

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Структуру и природу медико-производственного комплекса;
- Специфику медико-социального комплекса;

Уметь:

- Анализировать положительные и отрицательные инвестиции в здравоохранении;

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Сущность и природа медико-производственного комплекса.
2. Структура и виды МПК в здравоохранении.
3. Медико-производственная организация как ячейка МПК.
4. Экономические параметры, характеризующие деятельность медико-производственной организации.
5. Анализ издержек производства и прибыльности МПК.
6. Инвестиционные процессы в медико-производственном комплексе.
7. Системное взаимодействие частей медико-производственного комплекса.
8. Медико-социальный комплекс: сущность, роль, функции.
9. Состав и структура медико-социального комплекса.
10. Проблемы и задачи отечественного здравоохранения.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
 2. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
 3. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
- Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №7
ТЕМА: Особенности формирования рынка медицинских услуг

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Сущность и особенности рынка медицинских товаров и услуг;
- Конкуренцию и виды на рынке медицинских услуг;

Уметь:

- Анализировать закон спроса и закон предложения;
- Анализировать влияние факторов, на величину спроса и предложения.

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Сущность и причины возникновения рынка медицинских товаров и услуг.
2. Структура и виды рынка медицинских товаров и услуг.
3. Условия формирования рыночных отношений.
4. Структура рынка медицинских товаров и услуг.
5. Спрос, факторы, влияющие на величину спроса. 6. Предложение, факторы, влияющие на величину предложения.
7. Функции рынка медицинских услуг.
8. Воздействие рынка на изменение процессов, протекающих в здравоохранении.
9. Особенности рынка медицинских товаров и услуг.
10. Преимущества и недостатки рынка медицинских услуг.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resoources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №8

ТЕМА: Потребитель медицинских услуг - основной объект и субъект экономических отношений

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Факторы, влияющие на уровень жизни работающего населения;
- «медицинский», «социальный», и «экономический» эффекты здравоохранения.

Уметь:

- Анализировать и отличать медицинские услуги от социальных услуг;
- Определить и анализировать факторы, влияющие на самооценку пациентом своего здоровья.

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Экономическое значение здоровья работоспособного населения.
2. Понятие социального и экономического эффекта в здравоохранении.
3. Экономические потери вследствие заболеваемости и инвалидности.
4. Факторы, воздействующие на человека как главную производительную силу общества.
5. Производственные факторы и условия труда и их влияние на здоровье.
6. Факторы, влияющие на самооценку пациентом своего здоровья.
7. Население – основной потребитель медицинских услуг.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resoources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №9
ТЕМА: Методика ценообразования на медицинские товары и услуги

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Роль и виды цен, используемых в здравоохранении;
- Механизмы ценообразования;
- Принципы и функции цен в здравоохранении.

Уметь:

- Показать на графике зависимость величины спроса от цены;
- Показать на графике зависимость величины предложения от цены;
- Показать на графике установление равновесной цены.

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Сущность и роль цены в здравоохранении.
2. Значение и функции цены в здравоохранении.
3. Виды цен, используемые в здравоохранении.
4. Задачи и проблемы ценообразования в здравоохранении.
5. Выбор метода ценообразования.
6. Прейскурантные цены, тарифы на медицинские услуги.
7. Ценовая эластичность спроса.
8. Составные элементы цены.
9. Факторы, влияющие на ценообразование.
10. Механизмы ценообразования в здравоохранении.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №10
ТЕМА: Издержки производства медицинских услуг и их структура

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Издержки медицинских услуг;
- Виды издержек в здравоохранении;

Уметь:

- Анализировать издержки медицинских услуг;
- Анализировать себестоимость медицинских услуг;
- Анализировать методику расчета прибыли.

План изучаемой темы:

1.0 Разбор темы по учебным вопросам:

1. Сущность издержек в здравоохранении.
2. Значение и роль издержек в здравоохранении.
3. Виды издержек в здравоохранении.
4. Задачи и проблемы издержек в здравоохранении.
5. Постоянные издержки медицинских услуг.
6. Переменные издержки медицинских услуг.
7. Средние издержки медицинских услуг
8. Общая выручка, прибыль медицинских учреждений
9. Элементы себестоимости.

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resoources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №11
ТЕМА: Особенности медицинского страхования в КР

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Сущность медицинского страхования;
- Содержание основных законодательных и нормативных актов;
- Различие между ОМС и ДМС

Уметь:

- Сформулировать цели и задачи по бюджетно-страховой медицине;
- Заполнять типовой договор ОМС для работающих и не работающих граждан;

План изучаемой темы:

1.0. Разбор темы по учебным вопросам:

1. Закон о медицинском страховании и его содержание. Цель ОМС
2. Понятие о бюджетно страховой системе
3. Медицинское страхование – история и предпосылки
4. Модели системы страхования в мировой практике.
5. Субъекты медицинского страхования
6. Программа обязательного медицинского страхования (базовая, дополнительная).
7. Плательщики взносов на ОМС
8. Обязательное и добровольное медицинское страхование (ОМС, ДМС)
9. Суть программы ДМС
10. Различие между ОМС и ДМС

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resourcess/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №12
ТЕМА: Качество медицинской помощи

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Основные субъекты системы управления качеством медицинских услуг и их функции;
- Содержание этапов лицензирования и аккредитации медицинских учреждений;

Уметь:

- Определять компоненты и элементы качества медицинских услуг;
- Определять последовательность этапов лицензирования и аккредитации медицинских учреждений;

План изучаемой темы:

1.0. Разбор темы по учебным вопросам:

1. Система управления качеством медицинских услуг, медицинская услуга
2. Понятие, определение «качество» медицинской услуги
3. Компоненты, элементы качества медицинских услуг
4. Объекты системы управления качеством медицинских услуг и их функции
5. Клинический протокол, индикаторы, качества медицинских услуг – определения, виды требования
6. Лицензирование – определение, этапы, стандарты
7. Аккредитация организаций здравоохранения
8. Условия проведения лицензирования и аккредитации

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resourcess/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №13
ТЕМА: Экономические ресурсы в здравоохранении

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Факторы производства;
- Ограниченность ресурсов;
- Издержки и их структуру.

Уметь:

- Рассчитать экономическую эффективность использования ресурсов;
- Рассчитать постоянные, переменные, валовые и предельные издержки;

План изучаемой темы:

1.0. Разбор темы по учебным вопросам:

1. Экономические ресурсы в здравоохранении
2. Классификация экономических ресурсов
3. Производственные возможности общества
4. Суть закона вмененных возрастающих издержек
5. Эффективность структуры хозяйствующего субъекта в здравоохранении
6. Основные виды финансовых ресурсов
7. Виды издержек медицинского учреждения
8. Рациональное и прибыльное использование ресурсов в здравоохранении
9. Ресурсное обеспечение здравоохранения как отрасли экономики
10. Материальные, трудовые, финансовые ресурсы ЛПУ

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resoources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №14
ТЕМА: Программа Государственных гарантий оказания населению
бесплатной медицинской помощи

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Закон «Программа государственных гарантий по обеспечению граждан в КР медико-санитарной помощью»
- Права и обязанности Единого плательщика.

Уметь:

- Анализировать положительные и недостатки закона.

План изучаемой темы:

1.0. Разбор темы по учебным вопросам:

1. Сущность Системы Единого плательщика
2. Функционирование системы Единого плательщика
3. Основные понятия и определения, используемые в настоящем законе
4. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан в КР медико-санитарной помощью
5. Средняя стоимость пролеченного случая, подушевой норматив, норматив финансирования бригады скорой помощи
6. Консолидированный бюджет здравоохранения, поставщик
7. Цель введения системы Единого плательщика
8. Основные принципы функционирования системы Единого плательщика
9. Государственный орган, уполномоченный исполнять функции Единого плательщика
10. Финансовые основы функционирования системы Единого плательщика
11. Права и обязанности Единого плательщика

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. <http://www/ksph/kz>.
2. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
3. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
4. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
5. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resources/

МЕТОДИЧЕСКОЕ УКАЗАНИЕ №15
ТЕМА: Инновационные процессы в здравоохранении

Цели занятия:

Студент должен

Знать:

- Сущность и понятие инновации;
- Основные направления инновационных процессов в здравоохранении;
- Издержки и их структуру.

Уметь:

- Анализировать эффективности медицинской деятельности в результате инновационных процессов.

План изучаемой темы:

1.0. Разбор темы по учебным вопросам:

1. Сущность и необходимость инновации в здравоохранении
2. Основные направления инновационных процессов в здравоохранении
3. Основные теории инновационных процессов
4. Реализация инноваций в здравоохранении
5. Радикальные и модифицирующие инновации в здравоохранении
6. Этапы инновационного процесса в медицине
7. Простое и расширенное воспроизводство инновации
8. Основные проблемы инновационной деятельности в здравоохранении
9. Условия успешной работы венчурных предприятий

2.0 Самостоятельная работа студентов:

Тесты, Ситуационные задачи

Основная литература:

1. Чоюбекова Г.А. Экономика здравоохранения. Учебно-методическое пособие. Бишкек. – 2009. - 90 с.
2. Кумскова Н.Х., Савина М.М. Основы рыночной экономики. Учебно-методическое пособие. – Бишкек, 1993.
3. Кузьменко М.М. Здравоохранение в условиях рыночной экономики. – М., 2009.
4. Решетников А.В. Экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2010.
5. Вялков И.А. Управление и экономика здравоохранения. Учебник. – М., 2009.
6. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник, 3-е изд. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. -544 с.

Дополнительная литература:

1. Сайт КГМА им И.К. Ахунбаева [https:// www.kgma.kg/index.php/ru/](https://www.kgma.kg/index.php/ru/)
2. Кыргызская виртуальная научная библиотека www.kyrgyzstanvsl.org
3. Электронный ресурс «электронная библиотека» КГМА(library.kgma.kg).
4. Электронные ресурсы проекта eIFL. http://bik.org/kg/ru/eifl_resoources/

2. Образовательные технологии

Групповые технологии (ГТ) - обеспечение активности учебного процесса, достижение высокого уровня усвоения содержания. Особенности организации:

- студенты на уроке делятся на группы для решения конкретных учебных задач,
- каждая группа получает определённое задание и выполняет его сообща под руководством лидера группы или учителя; задания в группе выполняются таким способом, который позволяет учитывать и оценивать индивидуальный вклад каждого члена группы,
- состав группы непостоянный, он подбирается с учётом того, чтобы могли реализовываться учебные возможности каждого члена группы, в зависимости от содержания и характера предстоящей работы.

Игровые технологии (ИТ) - цель ставится перед учащимися в форме игровой задачи, учебная деятельность подчиняется правилам игры, учебный материал используется в качестве средства игры, в учебную деятельность включается элемент соревнования, успешное выполнение задания связывается с игровым результатом.

Педагогические игры по характеру педагогического процесса подразделяются на группы:

- а) обучающие, тренировочные, контролируемые и обобщающие;
- б) познавательные, воспитательные, развивающие;
- в) репродуктивные, продуктивные, творческие.

Информационные технологии обучения (ИТО)- формирование умений работать с информацией, развитие коммуникативных способностей, подготовка личности «информационного общества», дать студенту так много учебного материала, как только он может усвоить, формирование исследовательских умений, умений принимать оптимальные решения. Компьютер используется на всех этапах процесса обучения- при объяснении нового материала, при закреплении знаний.

3. Политика выставления баллов

Выставление оценок на экзаменах осуществляется на основе принципов объективности, справедливости, всестороннего анализа качества знаний студентов, и других положений, способствующих повышению надёжности оценки знаний, обучающихся и устранению субъективных факторов.

Оценка знаний (академической успеваемости) студенту осуществляется по 30 и 100 балльной системам (шкале) следующим образом:

30 балльная система	Баллы (Рейтинг)	Оценка по буквенной системе	Цифровой эквивалент оценки по GPA	Оценка по традиционной системе
26- 30	87 – 100	A	4,0	Отлично
24- 25	80–86	B	3,33	Хорошо
22- 23	74–79	C	3,0	
20- 21	68–73	D	2,33	Удовлетворительно
18- 19	61–67	E	2,0	
9-17	31 -60	FX	0	Неудовлетворительно
0- 8	0-30	F	0	

1. Критерий оценки студента на лекционных занятиях Шкала оценивания 26 – 30 баллов:

- студент демонстрирует полное понимание темы согласно цели пройденной лекции;
- студент способен успешно обосновывать свою точку зрения;
- умеет систематизировать, структурировать и аргументировать материал.

Шкала оценивания 24 – 25 баллов:

- студент демонстрирует полное понимание темы согласно цели пройденной лекции;
- студент способен полностью обосновывать свою точку зрения;
- умеет систематизировать, структурировать и аргументировать материал.

Шкала оценивания 22 – 23 баллов:

- студент демонстрирует полное понимание темы согласно цели пройденной лекции;
- студент способен полностью обосновывать свою точку зрения;
- умеет систематизировать, структурировать и аргументировать материал.

Шкала оценивания 20 – 21 баллов:

- студент демонстрирует неполное понимание темы согласно цели пройденной лекции;
- студент способен полностью обосновывать свою точку зрения;
- умеет систематизировать, структурировать и аргументировать материал.

Шкала оценивания 18 – 19 баллов:

- студент демонстрирует неполное понимание темы согласно цели пройденной лекции;
- студент способен полностью обосновывать свою точку зрения;
- умеет частично систематизировать, структурировать и аргументировать материал.

Шкала оценивания 9 – 17 баллов:

- студент не полностью понимает темы согласно цели пройденной лекции;
- студент не способен обосновывать свою точку зрения;
- не умеет систематизировать, структурировать и аргументировать материал.

Шкала оценивания 0– 18 баллов:

- студент непонимает темы согласно цели пройденной лекции;
- студент не способен обосновывать свою точку зрения;
- не умеет систематизировать, структурировать и аргументировать материал.

2. Критерий оценки студента на лабораторных занятиях Шкала оценивания 26 – 30 баллов:

- студент демонстрирует полное понимание цели поставленной лабораторной работы;
- студент самостоятельно и правильно выполняет поставленную задачу;
- уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 24 – 25 баллов:

- студент демонстрирует полное понимание цели поставленной лабораторной работы;
- студент самостоятельно и правильно выполняет поставленную задачу;
- полностью уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 22 – 23 баллов:

- студент демонстрирует неполное понимание цели поставленной лабораторной работы;
- студент самостоятельно и правильно не может выполнить поставленную задачу;
- неуверенно, логично, последовательно и аргументировано излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной

- сферы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 20 – 21 баллов:

- студент демонстрирует неполное понимание цели поставленной лабораторной работы;
- студент самостоятельно и правильно не может выполнить поставленную задачу;
- неполностью уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 18 – 19 баллов:

- студент демонстрирует неполное понимание цели поставленной лабораторной работы;
- студент не понимает поставленную задачу;
- неполностью уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- частично соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 9 – 17 баллов:

- студент не понимает цели поставленной лабораторной работы;
- студент не понимает поставленную задачу;
- неуверенно излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- несоблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 0 – 18 баллов:

- студент непонимает цели поставленной лабораторной работы;
- студент не понимает поставленную задачу;
- не может изложить свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- несоблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

3. Критерий оценки студента на самостоятельных работах

студентов Шкала оценивания 26 – 30 баллов:

- студент демонстрирует полное понимание проблемы;
- студент выполняет все требования, предъявляемые к заданию;
- уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 24 – 25 баллов:

- студент демонстрирует значительное понимание проблемы;
- студент выполняет все требования, предъявляемые к заданию;
- неполностью уверенно, логично, последовательно и аргументировано излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 22 – 23 баллов:

- студент демонстрирует частичное понимание проблемы;
- студент выполняет большинство требования, предъявляемые к заданию;
- неуверенно излагает свое решение при выполнении лабораторной работы, используя понятия профессиональной сферы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 20 – 21 баллов:

- студент демонстрирует небольшое понимание проблемы;
- студент выполняет немногие требования, предъявляемые к заданию;
- неполностью излагает свое решение при выполнении лабораторной работы;
- соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 18 – 19 баллов:

- студент демонстрирует непонимание проблемы;
- неполностью излагает свое решение при выполнении лабораторной работы;
- частично соблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 9 – 17 баллов:

- студент не понимает цели поставленной лабораторной работы;
- студент не понимает поставленную задачу;
- неуверенно излагает свое решение при выполнении лабораторной работы;
- несоблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

Шкала оценивания 0 – 18 баллов:

- студент непонимает цели поставленной лабораторной работы;
- студент не понимает поставленную задачу;
- нет ответа, не было попытки решить задачу;
- несоблюдает правила техники безопасности при выполнении лабораторной работы.

4. Политика курса

Основные требования к компонентам курса и его изучению:

- Студент должен посещать занятия, принимать активное участие в работе группы при выполнении СРС и на лабораторных занятиях.
- На лекционных занятиях делать записи содержания лекций, внимательно слушать, не нарушая дисциплину.
- На практическом занятии важно не только выступать, но и внимательно слушать своих сокурсников, оценивать их ответы, вести запись новой информации.
- Не опаздывать, в аудиторию входить до звонка.
- Отключать мобильные телефоны.
- Не перебивать преподавателя и своих сокурсников в ходе беседы или при чтении лекции.

Общие критерии для разных форм оценочных средств Критерий оценки презентации студента

Шкала оценивания 26 – 30 баллов:

- студент правильно использует программное приложение и элементы анимации для создания слайдов;
- студент способен конкретно поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет грамотно подвести выводы;
- студент целесообразно использует единый стиль оформления для всех слайдов;
- отсутствие стилистических и грамматических ошибок, доступность и конкретность изложения.

Шкала оценивания 24 – 25 баллов:

- студент правильно использует программное приложение и элементы анимации для создания слайдов;
- студент способен поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет грамотно подвести выводы;
- студент целесообразно использует единый стиль оформления для всех слайдов.
- отсутствие стилистических и грамматических ошибок, доступность и конкретность изложения.

Шкала оценивания 22 – 23 баллов:

- студент относительно правильно использует программное приложение и элементы анимации для создания слайдов;
- студент способен поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет грамотно подвести выводы;
- студент использует единый стиль оформления для всех слайдов.
- отсутствие стилистических и грамматических ошибок, доступность изложения.

Шкала оценивания 20 – 21 баллов:

- студент относительно правильно использует программное приложение и элементы анимации для создания слайдов;
- студент способен поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет подвести выводы;
- студент использует единый стиль оформления для всех слайдов.
- отсутствие стилистических и грамматических ошибок.

Шкала оценивания 18 – 19 баллов:

- студент использует программное приложение и элементы анимации для создания слайдов;
- студент не способен поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию;
- студент использует единый стиль оформления для всех слайдов.
- присутствуют стилистические и грамматические ошибки.

Шкала оценивания 9 – 17 баллов:

- студент использует программное приложение для создания слайдов;
- студент не способен поставить цели темы, не умеет выделять и

- систематизировать основную информацию;
- студент не использует единый стиль оформления для всех слайдов.
- присутствуют стилистические и грамматические ошибки.

Шкала оценивания 0– 18 баллов:

- студент не правильно использует программное приложение для создания слайдов;
- студент не способен поставить цели темы, не умеет выделять и систематизировать основную информацию;
- нет единого стиля оформления слайдов.
- очень много стилистических и грамматических ошибок.

Критерий оценки демонстрации проектной работы студента

Шкала оценивания 26 – 30 баллов:

- студент конкретно планирует работы и рационально использует правильные методы при работе;
- студент способен конкретно поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет грамотно подвести выводы с помощью программных средств;
- студент целесообразно использует нужные команды для проектной работы;
- проект доступный и конкретно изложенный, отсутствие программных ошибок.
- использование методов синтеза и анализа.

Шкала оценивания 24 – 25 баллов:

- студент конкретно планирует работы и рационально использует правильные методы при работе;
- студент способен конкретно поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет грамотно подвести выводы с помощью программных средств;
- студент использует нужные команды для проектной работы;
- проект доступный и конкретно изложенный, отсутствие программных ошибок.
- использование методов синтеза и анализа.

Шкала оценивания 22 – 23 баллов:

- студент планирует работы и использует правильные методы при работе;
- студент способен поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет грамотно подвести выводы с помощью программных средств;
- студент использует нужные команды для проектной работы;
- проект доступный и конкретно изложенный, отсутствие программных ошибок.
- использование методов синтеза и анализа.

Шкала оценивания 20 – 21 баллов:

- студент планирует работы и использует правильные методы при работе;
- студент не способен поставить цели темы, выделять и систематизировать основную информацию, умеет подвести выводы с помощью программных средств;
- студент использует не все нужные команды для проектной работы;
- проект доступный, присутствие программных ошибок.

Шкала оценивания 18 – 19 баллов:

- студент не правильно планирует работы и использует неправильные методы при работе;
- студент не способен поставить цели темы.
- студент использует не все нужные команды для проектной работы;
- в п роекте присутствуют программные ошибки.

Шкала оценивания 9 – 17 баллов:

- студент не правильно планирует работы и использует неправильные методы при работе;
- студент не способен поставить цели темы.
- в проекте очень много программных ошибок.

Шкала оценивания 0– 18 баллов:

- студент не правильно планирует работы;
- студент не способен поставить цели темы.
- п роект не правильно составлен.

Критерий оценки парной и групповой работы студента

Шкала оценивания 26 – 30 баллов:

- взаимодействие участников в процессе работы;
- оказание взаимопомощи;
- активность участников учебного процесса;
- внимательность и уважение друг к другу;
- общее согласованное принятие решения.

Шкала оценивания 24 – 25 баллов:

- взаимодействие участников в процессе работы;
- оказание взаимопомощи;
- активность участников учебного процесса;
- внимательность и уважение друг к другу;
- частично согласованное принятие решения.

Шкала оценивания 22 – 23 баллов:

- взаимодействие участников в процессе работы;
- оказание взаимопомощи;
- активность участников учебного процесса;
- невнимательность и неуважение друг к другу;
- частично согласованное принятие решения.

Шкала оценивания 20 – 21 баллов:

- пассивное взаимодействие участников в процессе работы;
- нет взаимопомощи;
- неактивность участников учебного процесса;
- невнимательность и неуважение друг к другу;
- частично согласованное принятие решения.

Шкала оценивания 18 – 19 баллов:

- пассивное взаимодействие участников в процессе работы;
- нет взаимопомощи;
- неактивность участников учебного процесса;
- невнимательность и неуважение друг к другу;
- несогласованное принятие решения.

Шкала оценивания 9 – 17 баллов:

- пассивное взаимодействие участников в процессе работы;
- нет взаимопомощи;
- неактивность участников учебного процесса;
- невнимательность и неуважение друг к другу;
- отсутствие решения.

Шкала оценивания 0– 18 баллов:

- нет взаимодействие участников в процессе работы;
- нет взаимопомощи;
- неактивность участников учебного процесса;
- невнимательность и неуважение друг к другу;
- отсутствие решения.

Критерий оценки тестирования студента

Шкала оценивания 26 – 30 баллов:

- умение работать с различными типами заданий в тесте;
- осмысление и понимание поставленных вопросов и задач;
- использование ранее полученных теоретических знаний и практических умений;
- уметь проводить соответствия ключевых слов и определений;
- уметь работать с разными образовательными компьютерными программами.

Шкала оценивания 24 – 25 баллов:

- умение работать с различными типами заданий в тесте;
- осмысление и понимание поставленных вопросов и задач;
- использование ранее полученных теоретических знаний и практических умений;
- уметь работать с разными образовательными компьютерными программами.

Шкала оценивания 22 – 23 баллов:

- умение работать с различными типами заданий в тесте;
- не полное понимание поставленных вопросов и задач;
- использование ранее полученных теоретических знаний и практических умений;
- уметь работать с разными образовательными компьютерными программами.

Шкала оценивания 20 – 21 баллов:

- умение работать с различными типами заданий в тесте;
- не полное понимание поставленных вопросов и задач;
- частичное использование ранее полученных теоретических знаний и практических умений;
- уметь работать с разными образовательными компьютерными программами.

Шкала оценивания 18 – 19 баллов:

- неполное умение работать с различными типами заданий в тесте;
- не полное понимание поставленных вопросов и задач;
- неиспользование ранее полученных теоретических знаний и практических умений;
- не умеет работать с разными образовательными компьютерными программами.

Шкала оценивания 9 – 17 баллов:

- неполное умение работать с различными типами заданий в тесте;
- не понимает поставленных вопросов и задач;
- неумение использовать ранее полученных теоретических знаний;
- не умеет работать с разными образовательными компьютерными программами.

Шкала оценивания 0– 18 баллов:

- не умеет работать с различными типами заданий в тесте;
- не понимает поставленных вопросов и задач;
- неумение использовать ранее полученных теоретических знаний;
- не умеет работать с разными образовательными компьютерными программами.

Критерии оценки на экзамене

Выставление оценок на экзаменах осуществляется на основе принципов объективности, справедливости, всестороннего анализа качества знаний студентов, и других положений, способствующих повышению надежности оценки знаний обучающихся и устранению субъективных факторов.

В соответствии с действующими нормативными актами и рекомендациями Министерства образования и науки КР устанавливаются следующие критерии выставления оценок на экзаменах по гуманитарным, естественным, техническим и другим дисциплинам:

- оценка **"отлично"** выставляется студенту, который обнаружил на экзамене всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, который усвоил основную литературу и ознакомился с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка "отлично" выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины и их значений для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала;

- оценка **"хорошо"** выставляется студенту, который на экзамене обнаружил полное знание учебно-программного материала, успешно выполнил предусмотренные в программе задания, усвоил основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка "хорошо" выставляется студентам, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному выполнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности;

- оценка **"удовлетворительно"** выставляется студенту, обнаружившему знание основного учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющемуся с выполнением заданий, предусмотренных программой, который ознакомился с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка "удовлетворительно" выставляется студентам, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя;

- оценка **"неудовлетворительно"** выставляется студенту, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему

принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий, не ознакомившемуся с основной литературой, предусмотренной программой, и не овладевшему базовыми знаниями, предусмотренными по данной дисциплине и определенными соответствующей программой курса (перечень основных знаний и умений, которыми должны овладеть студенты, является обязательным элементом рабочей программы курса).

III. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО ИЗУЧЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

6.1. Изучение программы курса

На лекциях преподаватель рассматривает контрольные вопросы курса, составленной в соответствии с государственным образовательным стандартом. Из-за недостаточного количества аудиторных часов некоторые темы не удастся осветить в полном объеме, в следствии этого эти контрольные вопросы выносятся на самостоятельное изучение студентами, с рекомендациями той или иной литературы и с предоставлением ссылок на компьютерные онлайн источники. Кроме этого, для лучшего освоения материала и систематизации знаний по дисциплине, необходимо постоянно разбирать материалы лекций по конспектам и учебным пособиям. В случае необходимости обращаться к преподавателю за консультацией. Полный список литературы по дисциплине приведен в конце комплекса.

6.2. Контрольные вопросы

После изучения некоторых разделов практической части курса проводятся контрольные аудиторные работы в различных формах (презентации в группах, в парах, в письменных работах и др.). Готовиться к контрольным работам нужно по материалам лекций и рекомендованным источникам.

Примерный перечень контрольных вопросов приведен в рабочей программе.

Также в конце каждой лабораторной работы необходимо проводить письменный анализ выполненных задач по алгоритмизации и программированию, а также заполнять глоссарий в тетради.

Для итогового оценивания в учебно-методическом комплексе приведен перечень примерных контрольных вопросов и СРС по которым составляются билеты экзамена.

Структура экзаменационных билетов ориентирована на такие навыки, как умение, способность и владение, то есть отражают обретенные компетенции.

6.3. Самостоятельная работа студентов

Самостоятельная работа студентов включает в себя следующие части:

Для более углубленного изучения и практического освоения программы, студентам по каждой пройденной теме даются задания для самостоятельного выполнения. Самостоятельные задания включают в себя обобщающие задания и проекты. Задания даются для индивидуального выполнения, а также в группах. При работе в группах, первая группа, завершившая практическое задание получает поощрительный накопительный балл. Данные баллы учитываются при итоговом оценивании. Группа не выполнившая задание получает минусовой балл. Данный вид самостоятельной работы выполняется своевременно в течении семестра и принимается в ходе практических занятий и во время дежурств преподавателя.

По итогам пройденных материалов и дополнительно изученных сведений, студентами выполняется объемная проектная работа по алгоритмизации и программированию с включением базы данных. Проект выполняется по всем установленным правилам и техникам, с проведением технического анализа, выбором наиболее оптимальных методов и приемов. Результаты работ принимаются и оцениваются в I и II модульном контроле (30+30 баллов).

Все виды самостоятельных работ студентов охватывают весь лекционный курс, а также материалы и сведения не включенные в аудиторный курс.

IV. ЛЕКЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Тема №1. Экономика здравоохранения как наука

Цель экономики – поддержание жизнедеятельности людей, общества, улучшение условий и уровня жизни, создание жизненного потенциала для будущих поколений. Целевая задача поддержания и воспроизводства жизни свойственна и здравоохранению, что роднит его с экономикой. В ходе достижения общих целей происходит частичное пересечение, слияние медицины с экономикой, в результате чего зародилась и действует **экономика здравоохранения** – ветвь экономической науки, изучающая использование разнообразных, чаще всего ограниченных ресурсов людьми в процессе сохранения или восстановления здоровья.

Предмет экономики здравоохранения.

Поскольку экономика здравоохранения представляет ветвь экономической науки, соответственно ее сущность и содержание следует определить, отталкиваясь от общего понятия экономика. Итак, экономика – это созданная и постоянно совершенствуемая людьми система использования и преобразования разнообразных имеющихся в окружающей природной среде и ранее произведенных средств с целью получения благ, удовлетворяющих потребности человека, общества, государства. Даже такое весьма общее определение экономики не исчерпывает ее содержание как многозначного и многопризнанного понятия.

Определяющую роль в экономике играют люди. Это главные действующие лица экономики, выступающие в роли производителей, создателей товаров и услуг; потребителей созданных

благ и лиц, управляющих общественным производством, потреблением и отношениями между производителями и потребителями. Все три субъекта экономической деятельности действуют в так называемой антропогенной среде, к которой относят созданные людьми объекты в виде зданий, сооружений, машин, оборудования, дорог и т. д. Это искусственно сотворенная людьми экономическая среда, образующая «вторую природу», все более теснит естественную.

Экономическая наука есть наука о хозяйстве, протекающих в нем процессах хозяйственной деятельности, участвующих в этих процессах субъектах хозяйствования, отношениях между ними, возникающих в ходе производства, распределения, обмена, потребления продуктов хозяйственной деятельности. Важнейшим объектом изучения экономической науки

являются труд, трудовые процессы, трудовые отношения, оплата труда, эффективность трудовой деятельности.

Экономическая наука по своей сущности весьма близка и частично пересекается с такими науками как управление, социология, психология, математика, логика и т. д. Будучи по природе гуманитарной наукой, экономика в тоже время использует методы естественных и точных наук, в том числе естествознания, техники, математики.

Экономика как хозяйство и как наука о хозяйстве представляет многоуровневую, разветвляющуюся систему, состоящую из множества элементов. При этом каждый элемент нижнего уровня входит составной частью в элемент более высокого уровня, что и представлено на схеме. Ученые-экономисты разделяют экономическую теорию на две крупные составные части: макроэкономiku и микроэкономiku. **Макроэкономикой** называют часть экономической теории, изучающую экономику как единую, целостную систему. **Под микроэкономикой** понимают часть экономической науки, изучающую экономические процессы, связанные с состоянием и деятельностью

отдельных частей экономики или, как принято говорить, отдельных субъектов экономической деятельности. Для микроэкономики представляют интерес отдельные отрасли народного хозяйства, предприятия, фирмы, производители и потребители, рынки товаров и услуг. Когда изучается, сколько больных пролечено в больничных стационарах города, какова средняя заработная плата медицинского работника, как изменяются цены на определенные лекарства в аптеках, мы имеем дело с микроэкономикой.

Микроэкономика исследует взаимодействие производителя с потребителями, взаимные расчеты, цены на разные виды товаров, складывающиеся на рынках. Иногда трудно провести четкую грань между микроэкономикой и макроэкономикой. Отдельные микроэкономические проблемы обретают такую значимость, что становятся макроэкономическим. Чтобы дифференцировать микроэкономiku от макроэкономики разделительная полоса между ними выделяется в самостоятельную, срединную часть экономической науки, именуемую **мезоэкономикой**.

Объектом изучения мезоэкономики служат экономические объекты, процессы, отношения на отраслевом уровне, а так же в масштабе подотраслей, входящих в отрасль. Так что экономику здравоохранения как часть экономики страны и такие ее элементы, как экономика медицинской промышленности, лечебно-профилактической деятельности, производства и использования лекарственных средств, а так же медицинское страхование, правомерно относить к мезоэкономике.

Таким образом, уточним представление об **экономике здравоохранения**, которая воспринимается, прежде всего, как экономика одной из отраслей народного хозяйства страны, выполняющая функции сохранения и укрепления здоровья граждан, предотвращения заболеваний и их распространения, оказания широкого спектра медицинских и фармацевтических услуг.

Предмет экономики здравоохранения определяется областью и содержанием, методами и формами экономической деятельности, непосредственной связанной с охраной здоровья, выполнением соответствующих функций. **Экономическая деятельность, относимая к экономике здравоохранения, есть совокупность мер, действий, призванных создать хозяйственную основу, экономическое обеспечение целевой, т.е. медицинской деятельности, привлечь необходимые для нее экономические ресурсы, в том числе денежные средства, организовать хозяйственный оборот средств, используемых в медицине.**

Экономика здравоохранения – это отраслевая экономика, обладающая в то же время выраженными региональными признаками. В этом свете предмет экономики здравоохранения тесно связан с понятиями «отрасль» и «экономика отрасли».

Принято различать отрасли материального производства (или производственной сферы), занятые производством материальной, вещественной продукции, и отрасли социально-культурной сферы (или непромышленной сферы), создающие услуги, информацию, духовный продукт, осуществляющие интеллектуально - информационную, социальную деятельность.

Традиционно здравоохранение относят к отраслям нематериального производства, к сфере услуг нематериального характера, что нельзя признать обоснованным. В медицине сочетаются материально-вещественная и духовно-информационная деятельность, услуги материально и нематериального характера. В этом смысле здравоохранение правомерно

называть отраслью производства здоровья, вкладывая в понятие «производство» широкий смысл, рассматривая его как создание и сохранение здоровья людей посредством использования обширной совокупности методов и средств медицинской науки и практики.

Четко определить границы экономики здравоохранения, отделяющие ее от экономики других отраслей, не представляется возможным, так как зачастую одни и те же

экономические объекты, процессы, ресурсы, виды деятельности связаны не только с охраной здоровья, но и с решением других задач. Кроме того, в самой экономической науке не сформировалось общепринятого представления о пределах области экономики здравоохранения.

Здоровье теснейшим образом связано с жизнеспособностью, поэтому любая деятельность по поддержанию жизни может рассматриваться одновременно как способ укрепления здоровья и наоборот. Например, медицинской наукой доказано, что уровень здоровья на 85-90% определяется условиями и образом жизни людей, включающими условия труда и отдыха, питания, быт, жилье, морально-психологический климат, состояние окружающей среды. Собственно медицина, в узком смысле слова, предопределяет уровень здоровья людей только на 10-15%.

Итак, **под экономикой здравоохранения**, в узком смысле слова, будем понимать экономику организаций, учреждений, предприятий, других хозяйствующих субъектов, использующих чаще всего ограниченные ресурсы для осуществления медицинской, медико-профилактической, фармацевтической, санитарно-противоэпидемической, лечебно-оздоровительной, медико-исследовательской и медико-организаторской

деятельности в любых ее формах.

Предмет экономики здравоохранения включает изучение экономических факторов, оказывающих влияние на здоровье людей вне зависимости от их отраслевой природы и принадлежности этих факторов. В этом смысле предмет экономики здравоохранения носит выраженный межотраслевой характер. Экономика здравоохранения как область

экономической науки изучает так же специфические закономерности и особые формы протекания экономических процессов и формирования экономических отношений в медицине в их взаимосвязи с общеэкономическими явлениями.

Здоровье как экономическая и социальная категория.

Здоровье в современном обществе рассматривается не только как отсутствие болезней и физических дефектов, здоровье, как сказано в преамбуле устава ВОЗ, это «состояние полного физического, психического, социального благополучия». Из этого краткого определения со всей очевидностью вытекает, что здоровье в его широком системном восприятии есть одновременно биологическая, физиологическая, экономическая, социальная и психологическая категория. Иначе говоря, здоровье как экономический и

социальный феномен сводится к трудоспособности.

Здоровье как социально-экономическая категория проявляет себя, по меньшей мере, в перечисленных ниже аспектах: **Общественное здоровье**, как и здоровье каждого гражданина, представляет стратегическую цель государства и народа, условие национальной безопасности страны. Здоровье — экономический ресурс общества и главное условие воспроизводства трудового потенциала.

Здоровье обеспечивается значительным использованием экономических ресурсов, денежных средств государства и населения. Здоровье выступает в качестве самого представительного показателя уровня, образа, качества жизни людей.

Охарактеризуем несколько подробнее указанные проявления здоровья, понимая под здоровьем органичное сочетание личного и общественного здоровья.

Здоровье — основа общественного благополучия нации, ее экономического и социального процветания. Значение общественного здоровья для экономического и социального статуса страны, ее места в мировом сообществе, отношения к ней других стран чрезвычайно велико. Именно примат здоровья, простой, ясный и понятный каждому гражданину, должен лежать в основе любой идеи, претендующей на роль общенародной.

С состоянием здоровья населения тесным образом связана безопасность страны.

Таким образом, есть достаточно оснований выдвигать укрепление здоровья граждан в виде стратегической цели всего государства. Еще более очевиден второй, высказанный выше тезис. Результат экономической, производственной деятельности страны в целом, региона, хозяйствующих субъектов зависит от наличия и взаимодействия четырех факторов: «земля — труд — капитал - предпринимательская активность».

Факторы труд и предпринимательская активность полностью связаны с людьми, с их возможностью участвовать в производственном процессе, умением трудиться.

Природные и капитальные ресурсы — пассивные факторы производства, участвующие в производстве люди и их предпринимательская деятельность влияют на использование трудового фактора, т. е. результат производственной деятельности предопределяется, прежде всего, трудом людей.

Потери рабочего времени, снижение производительности труда и качества продуктов производства могут быть вызваны самыми разнообразными видами нездоровья. Интересы государства и народа состоят в том, чтобы было здоровым, полноценным в трудовом отношении в количественном и качественном смысле и нынешнее, и будущее общество.

Смещение в сторону превалирования нетрудоспособной (низкопродуктивной) его части над трудоспособной (продуктивной) увеличит трудовую нагрузку последней. Даже простое отсутствие численного воспроизводства трудового потенциала страны по причинам нездоровья порождает опасность снижения величины производимого

валового внутреннего продукта страны и национального дохода. Поэтому правомерно рассматривать здоровье как экономическую категорию в виде важнейшего ресурса трудовой деятельности.

Здоровье выступает не только как фактор, ресурс общественного производства, но и в качестве потребителя экономических ресурсов в их материально-вещественной и денежной формах. В связи с этим здоровье становится финансовой категорией, т. к. в соответствии с состоянием здоровья населения страны и отдельных регионов формируются бюджеты здравоохранения.

Характерно, что здоровье, согласно своей первичной природе, не относится к товарным, денежным категориям, оно не представляет товар, продаваемый и приобретаемый за деньги на рынке. Здоровье соответственно не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для человека. Вместе с тем, на поддержание, укрепление, восстановление здоровья приходится затрачивать ресурсы в материально-вещественной и денежной формах.

Здоровье заведомо обладает, таким образом, затратной стоимостью, вследствие чего оно сближается с экономикой и финансами, вступает с ними во взаимодействие.

Заболеваемость населения, а также смертность в трудоспособном возрасте приносит значительный ущерб государству.

Различают прямой и косвенный экономические ущербы.

Прямой экономический ущерб – это прямые затраты на лечение, профилактику, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научные разработки, подготовка медицинских кадров, выплата пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности.

Косвенный экономический ущерб – это экономические потери, связанные со снижением производительности труда, непродуцированной продукцией и уменьшением национального дохода на уровне народного хозяйства в результате болезни, инвалидности или преждевременной смерти. Наиболее ощутимы экономический ущерб среди работоспособного населения вследствие временной или стойкой нетрудоспособности.

Работник, утративший трудоспособность, не участвует в производстве общественного продукта, а общество затрачивает на него свои ресурсы в форме пособий, пенсий, медицинского обслуживания, обучения инвалидов с целью переквалификации, различного рода льгот социального характера. Если в результате частичной потери

трудоспособности, инвалид переходит на менее оплачиваемую работу, то условно можно принять, что производимый им за год национальный доход уменьшится, по сравнению с прежней величиной, в той мере, в которой годовая заработная плата меньше зарплаты на прежней работе. Инвалидность наносит ущерб как обществу в целом, так и семье больного. Этот ущерб проявляется в течение ряда лет после получения инвалидности до восстановления трудоспособности, достижения пенсионного возраста или наступления смерти. Наряду с временной или стойкой утратой трудоспособности значительный экономический ущерб приносит смерть в работоспособном возрасте или до его наступления.

Расчет экономического эффекта сохранения жизни являются лишь ориентировочными, поскольку в качестве исходных данных берутся средние показатели продолжительности жизни и ее трудоспособного периода, а среднегодовое производство национального дохода на одного работающего и средние выплаты из общественных фондов потребления условно принимаются неизменными за весь период жизни без учета темпов роста.

В экономический ущерб в результате инвалидности или смерти человека включается, как правило, тот объема продукта, который был бы произведен им в случае сохранения трудоспособности или дожития до пенсионного возраста. При более точных расчетах, из этой суммы вычитаются средства, идущие на потребление человека до конца жизни.

В связи с различием возрастного ценза выхода на пенсию, экономический ущерб рассчитывается отдельно для мужчин и для женщин. Рассчитываются следующие показатели экономического ущерба: структура экономического ущерба в расчете на одного человека для работающего населения; структура экономического ущерба в расчете на одного человека для неработающего населения; экономические потери от инвалидности; народохозяйственные потери от преждевременной смертности.

Предотвращенный экономический ущерб – сумма снижения случаев длительной и стойкой утраты трудоспособности, снижения смертности, снижения стоимости оказания медицинской помощи при прежней результативности. Величина предотвращенного экономического ущерба определяется для больного и группы больных, находящихся на диспансерном наблюдении длительное время и представляет собой разность между экономическим первого и последующего года. Критерий экономической эффективности определяется путем деления величины предотвращенного экономического ущерба на величину затраченных средств.

ТЕМА №2. Здравоохранение как отрасль экономики

Для определения понятия «**экономика здравоохранения**», прежде всего, следует дать общее представление о понятии «**экономика**». Существует несколько значений термина «**экономика**»

1. Совокупность производственных отношений исторически определенного способа производства, преобладающих в той или иной стране или в различное время, например, рыночная **экономика**, плановая **экономика**, смешанная **экономика**.

2. Народное хозяйство страны, включающее различные виды и отрасли производства: **экономика** промышленности, **экономика** сельского хозяйства, **экономика** торговли и т.п.

3. Отрасль науки, изучающая различные аспекты экономических отношений. Как наука **экономика** имеет сложную структуру и подразделяется на множество направлений и школ.

В соответствии с данной характеристикой **экономике** в целом, **экономике здравоохранения** можно определить, с одной стороны, как **экономику** одной из отраслей народного хозяйства страны, выполняющей функции сохранения и укрепления здоровья населения, и, с другой стороны, как отраслевую экономическую науку.

Предмет **экономики здравоохранения** как отраслевой **экономики**, тесно связан с таким понятием как «отрасль» – область экономической деятельности, характеризующаяся определенным единством выполняемых функций, видом и назначением создаваемого продукта, технологическим процессом. Различают отрасли материального производства (или производственной сферы) и отрасли социально-культурной сферы (или непромышленной сферы), создающие услуги/товары в области социальной, образовательно-информационной деятельности.

Экономика здравоохранения, как отраслевая экономическая наука, изучает действие экономических законов в конкретных условиях производства, оказания и потребления медицинских услуг, а также условия и факторы, обеспечивающие наиболее полное удовлетворение потребностей общества в медицинском обслуживании и охране здоровья населения.

Специфика **экономики здравоохранения** заключается в том, что предметы ее изучения: медицинские услуги и процессы их оказания, имеют значительные отличия от товаров с точки зрения рыночной характеристики. **Основные вопросы, которыми занимается экономика здравоохранения: - исследование роли здравоохранения в общей экономике (обосновывает медицинскую, социальную и экономическую эффективность здравоохранения);**

- разработка методов рационального и эффективного использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов **здравоохранения;**

- вопросы финансирования **здравоохранения;**

- разработка подходов и методов ценообразования на различные виды медицинских услуг и многое другое.

Часто эти задачи и функции **экономики здравоохранения** объединяют в одно понятие – финансовый менеджмент. Финансовый менеджмент в **здравоохранении** – это система принципов, методов и форм управления финансированием **здравоохранения** на макро- (органы управления) и микро-(учреждения **здравоохранения**) уровнях.

В **экономике здравоохранения** как в отрасли, так и в науке можно выделить два **основных** раздела (или уровня): 1) макро**экономика** (макроэкономический уровень) – характеризует эффективность системы **здравоохранения;**

2) микро**экономика** (микроэкономический уровень) – характеризует экономические аспекты деятельности лечебно-профилактических учреждений (экономичность

здравоохранения). Соответствие показателей общественного здоровья уровню социально-экономического развития страны является **основным** вопросом **экономики здравоохранения.**

В последние два десятилетия все более серьезной проблемой **экономики здравоохранения** для всех стран мира становится рост стоимости медицинского обслуживания. Повышению общих расходов на **здравоохранение** способствуют такие факторы, как старение населения, сопровождающееся повышением уровней хронической заболеваемости и инвалидности, появление новых видов лечения и технологий, новых дорогостоящих лекарственных средств.

Инвестиции в здоровье должны занимать центральное место в развитии человека и общества, являются **основой** устойчивого социально-экономического развития и не должны рассматриваться как затраты или потери.

Этот факт помогает объяснить различия в состоянии здоровья населения в экономически развитых и наименее развитых странах. Например, исследования показали, что уровень смертности среди населения в наименее развитых странах выше, чем среди населения экономически развитых стран во всех возрастных группах, но различия наиболее выражены в период младенчества и детства. Соответствующие показатели сравнивали в 20% самых экономически развитых странах мира и 20% наименее развитых стран.

В возрасте 0-4 лет смертность в «бедных» странах в 9 раз выше, чем в «богатых»; в возрасте 5-14 лет она выше в 10 раз; в возрасте 15-29 лет разрыв равен 3,9 раза; в старших возрастных группах он постепенно сокращается, достигая 1,4 раза в возрасте 70 лет и старше.

Сравнение показателей здоровья населения и экономических показателей различных стран показало, что самая высокая продолжительность жизни отмечается в странах с наиболее высоким доходом на душу населения. Исследование роли **здравоохранения** в общей **экономике** заключается в **обосновании** социальной, медицинской и экономической эффективности **здравоохранения.**

Медицинская эффективность здравоохранения - это степень достижения медицинских результатов. Медицинская эффективность **здравоохранения** заключается в изменении уровня и характера заболеваемости и ее тенденций. В отношении работы одного врача или здоровья конкретного больного это выражается в выздоровлении или улучшении состояния здоровья, восстановлении утраченных функций

отдельных органов и систем, продлении жизни.

Социальная эффективность здравоохранения - это степень достижения социального результата. Социальная эффективность **здравоохранения** заключается в оптимизации уровней рождаемости, снижении показателей смертности, увеличении продолжительности жизни, что в конечном итоге сказывается на количестве и качестве рабочей силы, качестве жизни населения. В отношении конкретного больного это выражается в возвращении его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенности медицинской помощью.

Экономическая эффективность здравоохранения представляет собой тот положительный вклад (прямой или косвенный), который вносит **здравоохранение** в рост национального дохода путем улучшения здоровья населения и увеличении продолжительности жизни.

ТЕМА №3. Особенности предпринимательства в здравоохранении

Предпринимательская деятельность является самостоятельная, осуществляемая на свой риск деятельность, направленная на систематическое получение прибыли от пользования имуществом, продажи товаров, выполнения работ или оказания услуг лицами, зарегистрированными в этом качестве в установленном законом порядке.

Предприниматель представляет собой своего рода сочетание менеджера и собственника. Менеджер состоит в трудовых отношениях с работодателем и выполняет его указания, распоряжение (при наличии известных ограничений) имуществом, принадлежащим работодателю, рискует этим имуществом в интересах собственника и получает за свой труд установленное договором вознаграждение, заработную плату. Деятельность

предпринимателя отличается от деятельности менеджера значительно большей самостоятельностью, так как предприниматель – **собственник своего дела**, работодатель и работник в одном лице. Преследуя извлечение прибыли в качестве основной цели своей деятельности и источника вознаграждения, предприниматель несет сопутствующий этому риск убытков и ответственность, возлагаемую и установленную законами и принятыми им обязательствами. Но зато вся чистая прибыль, полученная

предпринимателем, остается в его распоряжении, поэтому в целом предприниматель - **хозяин дела**.

Предпринимательством в здравоохранении следует считать деятельность организаций и частных лиц, направленную на укрепление и улучшение состояния здоровья граждан, позволяющую возместить затраты на осуществление этой деятельности и периодически получать прибыль за счет потребителей медицинских услуг или финансирующих их лечение лиц и организаций.

Материальная основа любой предпринимательской деятельности - производственные ресурсы (природные, трудовые и средства производства).

Будучи вовлеченными в предпринимательство, они становятся его факторами. Помимо них к основным факторам предпринимательства относятся научные и информационные ресурсы. Конечным продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении может быть как товар (т.е. вещь, предназначенная для продажи, - медико-производственное оборудование, инструменты, лекарства), так и услуга (консультационная, лечебнодиагностическая, страховая).

Общая схема медицинского предпринимательства Предпринимательство в сфере здравоохранения - это не только чисто **производственное предпринимательство** (ориентированное на оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, медико-производственного оборудования, инструментов), но и торговое, финансовое, страховое и посредническое предпринимательство.

Торговое предпринимательство в сфере здравоохранения - это купля продажа товаров медицинского назначения.

Для понимания сути торгового предпринимательства особое внимание следует обратить прежде всего на то, что продуктом предпринимательской деятельности здесь является не тот или иной товар (как может показаться на первый взгляд), а услуга, которую продавец оказывает покупателю, помогая ему приобрести этот товар, тогда как сам продаваемый товар будет в этом случае главным фактором предпринимательства.

Финансовое предпринимательство, которое в силу его особой значимости для рыночной экономики обычно выделяют в самостоятельный вид, является, по сути, всего лишь одним из видов торгового предпринимательства, только объектом купли-продажи здесь выступает конкретный специфический товар - денежные средства (в любом их виде, валюту, иностранную валюту и ценные бумаги). К наиболее известным разновидностям предпринимательства в финансовой сфере относится вложение средств или предоставление кредитов для осуществления предпринимательской деятельности.

Предприниматель (например, банк или другое финансово-кредитное учреждение, занимающееся предпринимательством в здравоохранении) вкладывает свои денежные средства в те или иные объекты и виды медико-фармацевтической деятельности с целью последующего получения доли прибыли.

Страховое предпринимательство - это продажа особой услуги - страховой защиты. Заключая договор страхования, предприниматель-страховщик обязуется при определенных условиях, зафиксированных в договоре страхования, полностью или частично компенсировать застрахованному лицу потери, которые тот может понести в течение срока действия договора. За это страховщик взимает со страхователя определенную страховую плату.

Наиболее распространенными являются следующие виды страхования:

- жизни;
- здоровья (медицинское страхование);
- имущества;
- риска и ответственности.

Субъекты медико-производственного предпринимательства заинтересованы в совершенствовании и развитии системы страхования здоровья как важнейшего источника финансирования здравоохранения, страхования имущества, используемого в медико-производственной деятельности

Основу экономического механизма страхования составляет теория вероятности.

Регулярно собирая страховые взносы с клиентов, страховщик периодически, по мере наступления событий, предусмотренных договорами страхования, выплачивает соответствующие компенсации всем пострадавшим застрахованным лицам. Решающую роль здесь играют статистические данные и закон больших чисел, с увеличением числа объединяемых рисков размеры страховых взносов страхователей становятся более устойчивыми и определенными. С ростом вероятности наступления страховых событий страховые взносы возрастают.

Основу **посреднического предпринимательства** составляют купля-продажа коммерческой информации и оказание иных услуг, способствующих осуществлению всех видов предпринимательской деятельности в сфере здравоохранения. Посредниками являются маклеры и дилеры, а инструментом служат рекламные и другие маркетинговые услуги. Главный фактор посреднического предпринимательства - **информация**, причем самая разнообразная. Как показывает практика, даже, к примеру, при проведении простейших торгово-посреднических операций на рынке лекарственных средств, медицинского оборудования, помимо обычных сведений о том, что, где и сколько стоит, а также о том, кому и за сколько это можно продать, посреднику может пригодиться знание специфических особенностей и условий купли продажи конкретных видов товаров. За такие сведения он желает получить денежное вознаграждение от продавца, а возможно, и от покупателя.

Интеллектуальном посредничестве. Особенно велика роль посредников в подготовке и реализации крупномасштабных инвестиционных проектов, в том числе международных. Сами участники этих проектов в силу разных причин, обусловленных как конкуренцией, так и законодательными ограничениями, не могут (или не хотят) проявлять связанную с ними активность и возлагают эту обязанность за определенную плату на квалифицированных посредников.

В условиях рыночной экономики медицинское предпринимательство выполняет следующие основные функции:

- **общезкономическую**, проявляющуюся в участии хозяйствующих субъектов рынка медицинских услуг и товаров медицинского назначения в общественном разделении труда и обеспечении потребностей в товарах и услугах медицинского назначения;
- **ресурсную**, направленную на эффективное использование в медицинской деятельности как воспроизводимых, так и невозпроизводимых ресурсов;

- **инновационную**, обусловленную потребностью в непрерывном техникотехнологическом развитии медицинских организаций, в том числе за счет средств предпринимателей;
- **социальную**, проявляющуюся в направленности деятельности коммерческих организаций здравоохранения на сохранение и укрепление физического и психического здоровья граждан;
- **организаторскую**, заключающуюся в принятии бизнесменами, собственниками имущества, используемого в медико-производственных целях, самостоятельных эффективных решений в области организации и диверсификации собственного дела.

Индивидуальная предпринимательская деятельность

Каждый дееспособный гражданин вправе заниматься предпринимательской деятельностью без образования юридического лица с момента государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя. К индивидуальной предпринимательской деятельности граждан в сфере здравоохранения применяются положения, регулирующие деятельность коммерческих МПО, если иное не вытекает из закона, иных правовых актов или существа правоотношения.

К числу таких исключений относится, в частности, особый порядок налогообложения индивидуальных предпринимателей, которым дано право самим решать, применять ли им упрощенную форму учета и налогообложения, установленную для малых предприятий, или платить налоги так, как это делают все граждане, уплачивающие подоходный налог. Индивидуальные предприниматели обязаны уплачивать подоходный налог со всех видов доходов от предпринимательства, подлежащих налогообложению.

Малое предпринимательство в медицине

Под **малыми предприятиями** понимаются коммерческие организации, в уставном капитале которых доля участия государства, общественных и религиозных организаций (объединений), благотворительных и иных фондов не превышает 25%; доля, принадлежащая одному или нескольким юридическим лицам, не являющимся субъектами малого предпринимательства, не превышает 25%, и в которых средняя численность работников за отчетный период не превышает следующих предельных уровней: в промышленности, строительстве и на транспорте - 100 чел.; в научно-технической сфере и в сельском хозяйстве - 60 чел.; в розничной торговле и бытовом обслуживании населения - 30 чел.; в остальных отраслях и при осуществлении других видов деятельности - 50 чел.

Коммерческие медицинские и медико-производственные организации, осуществляющие несколько видов деятельности, относятся к малым предприятиям по критериям того вида деятельности, доля которого является наибольшей в годовом объеме оборота или годовом объеме прибыли.

Под **субъектами малого предпринимательства** понимаются также индивидуальные предприниматели - физические лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица.

Развитие малого предпринимательства в здравоохранении объективно вписывается в общую логику процессов либерализации экономики, децентрализации и демополизации в управлении экономикой страны.

Государственная поддержка малого предпринимательства на рынке медицинских услуг и **товаров медицинского назначения осуществляется по следующим направлениям:**

- формирование инфраструктуры поддержки и развития малого предпринимательства;

- создание льготных условий использования субъектами малого предпринимательства государственных финансовых, материально-технических и информационных ресурсов, а также научно-технических разработок и технологий;
- установление упрощенного порядка регистрации субъектов малого предпринимательства, лицензирование их деятельности, сертификации их продукции, предоставления государственной статистической и бухгалтерской отчетности;
- поддержка внешнеэкономической деятельности субъектов малого предпринимательства, включая содействие развитию их торговых, научно-технических, производственных, информационных связей с зарубежными государствами;
- организация подготовки, переподготовки и повышения квалификации кадров для малых предприятий.

ПЛАНИРОВАНИЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. БИЗНЕС-ПЛАНЫ

В процессе предпринимательской деятельности предпринимателям приходится разрабатывать и осуществлять **предпринимательские проекты**, представляющие собой программу действий, мер по реализации предпринимательского замысла. В медицинской и медико-производственной деятельности это могут быть проекты организации предоставления медицинских услуг, оказания отдельных видов медицинской помощи, создания лечебных центров, производства и продажи лекарственных средств, медицинской техники, проведения медицинских консультаций, развития негосударственных форм образования.

Схема осуществления предпринимательского проекта изображена на рис. 54. Основу каждого предпринимательского проекта всегда составляет **коммерческая** идея, которая в дальнейшем трансформируется в конкретный

Рис.

Этапы осуществления предпринимательского проекта замысел. Обдумывая **замысел проекта**, предприниматель уточняет характеристики продукта проекта (медицинской услуги или товара медицинского назначения), оценивает, какое количество этого продукта он сможет произвести и продать, определяет связанные с этим затраты, сопоставляет их с ожидаемой прибылью и в итоге делает вывод о целесообразности или нецелесообразности его осуществления.

На следующем этапе замысел предпринимательского проекта продолжает конкретизироваться, превращаясь в подробный **план действий - бизнес-план**. Формирование замысла и бизнес-планирование являются последовательно-параллельными процедурами. Начинать планирование можно и до окончания формирования замысла, но при этом нужно учитывать, что любое изменение замысла может так или иначе отразиться на бизнес-плане, а отдельные результаты, полученные на этом этапе планирования, могут, в свою очередь, оказать существенное влияние на замысел проекта и даже заставить отказаться от его реализации.

Серьезная проверка замысла проекта и основных положений бизнес-плана начинается уже на этапе **заключения контрактов**. Независимо от вида деятельности в процессе осуществления каждого проекта предпринимателю приходится подписывать множество разных договоров с обладателями необходимых ему факторов предпринимательства и покупателями производимых им товаров и услуг (договоры поставки, купли-

продажи, аренды, подряда, трудовые договоры). Предварительные соглашения с поставщиками основных факторов предпринимательства и потребителями готовой продукции следует заключать как можно раньше, желательно еще до начала осуществления проекта, чтобы получить относительные гарантии того, что реализация проекта не сорвется вдруг из-за отсутствия, к примеру, какой-то весьма простой и дешевой, но крайне нужной детали, и вся произведенная предпринимателем продукция найдет своего покупателя. Проблемы, возникающие на этапе заключения контрактов, в дальнейшем, как правило, все более усугубляются и в результате могут стать причиной провала предпринимательского проекта. Этапу производства продукта предпринимательского проекта предшествует начальная стадия этапа **ресурсного обеспечения** проекта. На этой стадии, в соответствии с технологией каждого конкретного производства, накапливается достаточное количество производственных запасов, которые затем, на следующем этапе осуществления проекта, преобразуются в готовую продукцию. Пополнение производственных запасов производится в сроки, установленные заключенными ранее контрактами, или по мере необходимости.

Примерная структура бизнес-плана

1. Введение (обзорный раздел).
2. Историческая справка (описание участников проекта).
3. Описание предпринимательского проекта.
4. Описание продукта предпринимательского проекта.
5. Результаты исследования рынка сбыта продукта предпринимательского проекта.
6. Маркетинговая стратегия.
7. Организация производства продукта предпринимательского проекта.
8. Управление проектом.
9. Кадровое обеспечение проекта.
10. Финансовый план.

ТЕМА №4. Здоровоохранение в системе рыночных отношений

Особенности динамики спроса на медицинские услуги, подверженного значительному влиянию временного фактора. Так, спрос на медицинские услуги учреждений здравоохранения ослабевает в летний период, а в осенне-зимний - увеличивается.

Особенности территориальной сегментации рынка услуг здравоохранения зависит от структуры заболеваемости населения данного региона. Относительно высокую скорость оборачиваемости капитала, поскольку производство медицинских услуг, как правило, представляет собой короткий цикл (менее года, а чаще - менее месяца).

Высокую изменчивость рыночной конъюнктуры, поскольку происходит процесс совпадения производства и потребления медицинских услуг во времени и пространстве, а это обуславливает зависимость состояния рынка от спроса на медицинские услуги, сложившегося на данный момент (эпидемии, экологические катастрофы, вызывающие всплеск заболеваемости, реклама модных методик лечения и т.п.).

Особенности процесса оказания медицинской услуги, которые обусловлены личным контактом производителя (медицинского работника) и потребителя (пациента). Это, с одной стороны, делает возможным «форсирование спроса» на дополнительные медицинские услуги, а,

следовательно, увеличение их предложения в целом, а с другой стороны, общая неудовлетворенность пациента может уменьшить спрос, подорвать имидж учреждения и создать трудности на рынке.

Сложную структуру спроса на услуги здравоохранения, связанную с необходимостью их персонализации и индивидуализации.

Специфику результата медицинской деятельности, который может быть определен только после потребления услуги и который с трудом выражается в стоимостной форме (что может привести к неэффективности экономических отношений).

«Асимметричность» информации на рынке медицинских услуг. Это особенно проявляется в системе медицинского страхования. Пациент намного лучше знаком с состоянием своего здоровья, чем любая страховая компания, даже если она проводит медицинское освидетельствование. Точно также учреждение здравоохранения, производящее медицинские услуги, лучше пациента знает о своих возможностях. Кроме того, недостаток медицинских знаний делает пациента (как потребителя) уязвимым по отношению к врачу, и врач может диктовать условия экономических отношений. Следовательно, здесь возникают неравные конкурентные условия и нарушается действие механизма рынка. Однако, и врач как производитель медицинских услуг, имеет неоднозначное положение по отношению к пациентам, так как недостаток медицинских знаний у них может привести к потере врачом потребителей, приносящих доход.

Необходимость стандартизации, так как «асимметричность» информации, в свою очередь, делает важным поддержание репутации и стандартизацию на рынке медицинских услуг. Хорошую репутацию и успех на рынке имеет то лечебное учреждение, которое предлагает медицинское обслуживание в соответствии со стандартом медицинской помощи и соблюдает протоколы ведения больных. На других рынках возможен коммерческий успех в результате предложения именно новинки, в здравоохранении - чаще наоборот: именно стремление врача обеспечить стандарт медицинской помощи привлекает пациента, защищает его права как потребителя.

Финансовые и моральные потери. Дополнительная моральная нагрузка на рынке с асимметричной информацией, каким и является рынок услуг здравоохранения, ведет к дополнительным финансовым потерям. Например, если пациент застраховал свое здоровье на все возможные случаи, то он может посещать доктора чаще, чем при ограниченном договоре. И если у страховой компании нет возможности наблюдать за пациентом и отслеживать каждый его шаг (а, как правило, это именно так), то выплата по страховке окажется больше ожидаемой. Также страхующая сторона может меньше заботиться о предотвращении потерь после заключения договора, чем до этого. Негативным моментом является и то, что страховая компания чаще заинтересована иметь дело с относительно здоровыми людьми и не страховать так называемые «плохие риски», т.е. тяжелобольных людей, чье лечение требует больших затрат. С социальной точки зрения, отбор «рисков» недопустим, снижает социальную эффективность здравоохранения и требует вмешательства государства. Это явление можно охарактеризовать как «изъясн» рынка услуг здравоохранения.

«Форсирование» спроса пациентом. Для рынка услуг здравоохранения характерно нерациональное потребительское поведение. Это психологический фактор, особенность которого заключается в том, что пациент стремится получить максимальный объем услуг (настоять на дополнитель-

ных, а на самом деле, не нужных услугах, получении дорогого лекарства и т.п.). Этот фактор увеличивает спрос на медицинские услуги.

Говоря о развитии рынка услуг здравоохранения, характеризуя его особенности, мы не должны забывать о главных принципах доступности и равных возможностей в получении медицинской помощи. Это усиливает роль государства в регулировании рынка медицинских услуг.

Современный рынок услуг здравоохранения - это обмен услугами и товарами медицинского назначения, организованный по законам товарного обращения, но осуществляемый под жестким контролем государства и общества. Рассмотрим схему 1, которая характеризует основные условия становления рыночных отношений.

Если характеризовать структуру рынка услуг здравоохранения по действию рыночного механизма, то нужно выделить три главных элемента: спрос, предложение и цену. Определим экономическое содержание названных категорий применительно к рынку медицинских услуг.

Спрос - количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене.

Спрос - это платежеспособная потребность в медицинских услугах. Спрос зависит от уровня доходов населения, изменений в структуре населения, численности пациентов в стране, изменения вкусов пациентов, от так называемого «форсированного спроса» на медицинские услуги, когда врачи своими диагнозами и рекомендациями способны увеличить спрос на свои услуги.

Предложение - это количество медицинских услуг, которое врачи и медицинские сестры могут оказать в определенный период времени по определенной цене. На предложение влияют такие факторы, как количество врачей и среднего медицинского персонала, стоимость медицинского оборудования, технология лечения, налоги, новые конкуренты.

Когда спрос соответствует предложению, это состояние называют рыночным равновесием.

ТЕМА №5. Инновационные процессы в здравоохранении

Инновационные процессы в здравоохранении. 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), опытноконструкторские 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.

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 фармацевтического 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.

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 здравоохранении. Как отмечается в Национальном докладе «Инновационное развитие – основа модернизации экономики, переход на современную модель экономического роста, сохраняется непозволительно 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.

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.

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 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.

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.

Обычные операции уходят в прошлое, хирурги прибегают к более эффективным способам проведения операций. К примеру, аппендэктомия все чаще делают лапароскопически.

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. Связывание 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.

ТЕМА №6. Особенности рынка труда в условиях рыночной экономики

Труд как экономическая деятельность представляет собой баланс между полезностью (производительностью) и неполезностью (издержками).

Труд это сознательная деятельность человека, посредством которой он борется против нехваток, редкости благ и стремится увеличить их количество. Полезность труда есть его продуктивность, т.е. способность трансформировать вещи так, чтобы можно было увеличить степень удовлетворения потребностей.

Когда полезность труда отождествляется с его производительностью, то в данном случае имеется в виду производительность труда в экономическом смысле. Вместе с тем труд не только созидательный процесс, но и тяжелая деятельность, что выражается в неполезности труда (отрицательной полезности). Поэтому тот, кто трудится, несет издержки, т.е. труд равнозначен отказу от альтернативного использования времени (отказ от досуга).

Кроме того, **труд - это напряжение, требующее усилий: физических, умственных, психологических, волевых.**

Труд, безусловно, является главным фактором функционирования производства, а заработная плата - важнейший вид рыночных цен. В узком смысле слова под заработной платой понимается ставка заработной платы, т.е. цена, выплачиваемая за использование единицы труда в течение определенного времени - часа, дня и т.д.

Различают номинальную и реальную заработную плату.

Под номинальной заработной платой понимается сумма денег, которую получает работник наемного труда за свой дневной, недельный, месячный труд. По величине номинальной заработной платы можно судить об уровне заработка, дохода, но не об уровне потребления и благосостояния человека. Для этого надо знать, какова реальная заработная плата.

Реальная заработная плата - это та масса жизненных благ и услуг, которые можно приобрести за полученные деньги. Она находится в прямой зависимости от номинальной зарплаты и в обратной - от уровня цен на предметы потребления и платные услуги.

Уровень реальной зарплаты складывается под влиянием спроса и предложения.

Субъектами спроса на рынке труда выступают бизнес и государство, а субъектами предложения - домашние хозяйства.

Спрос на труд со стороны фирм (как спрос на прочие факторы) определяется доходностью от предельного продукта, приносимого этим фактором и предложением других факторов производства. Величина предельного продукта труда зависит от качества рабочей силы, от уровня общей и специальной профессиональной подготовки, от уровня кооперации труда, и т.д. Спрос на труд предъявляется до того момента, когда выручка от использования предельного (последнего) работника сравняется с издержками по его использованию или, другими словами, когда заработная плата предельного рабочего будет равна получаемой от его использования фирмой выручке.

Кривая спроса на труд со стороны руководителя фирмы есть кривая предельной производительности труда $MRPL$ по его цене W .

Кривая спроса имеет отрицательный наклон, так как отражает закон убывающей предельной производительности труда. Его смысл заключается в том, что фирма, нанимая больше рабочих, получает от них убывающую отдачу, поэтому оплачивает труд по более низким ставкам.

Предложение труда на уровне народного хозяйства определяется, прежде всего, численностью населения, долей в нем трудоспособных, половозрастным составом, средним числом отработанных часов, приходящихся на одного работника и т.д.

На отраслевом уровне - количеством работников данной профессии, возможностями подготовки и переподготовки трудовых ресурсов данного профиля и т.п.

Индивидуальное предложение труда зависит от многих факторов: от престижности профессии, от удаленности места работы от дома, от уровня профессиональной организованности в той или иной отрасли, от социальных условий труда в фирме и т.д. Но все же главным стимулом является уровень заработной платы.

Предложение труда исходит либо от отдельного работника, не являющегося членом профсоюзов, либо от работников, входящих в профсоюз. На индивидуальном уровне каждый решает для себя проблему предложения труда исходя из потребительского выбора между досугом и потреблением товаров и услуг.

В пределах суток люди стремятся сбалансировать эти две цели, сравнивая предельную полезность 1 ч. досуга с предельной полезностью благ, которые можно получить за доходы от 1 ч. работы. Таким образом, часовая ставка заработной платы может рассматриваться как альтернативные издержки. Чем выше эти издержки, тем большую ставку заработной платы желает иметь работник.

Для рынка труда кривая предложения будет иметь положительный наклон: с ростом заработной платы предложение труда будет возрастать. В экономическом смысле кривая предложения труда SL- кривая предельных издержек труда MRCL.

Прежде чем объединить оба графика - спроса и предложения - остановимся еще на одном важном и интересном экономическом явлении, характеризующем предложение труда. Вернее, на двух явлениях, получивших название эффект замещения и эффект дохода. Эти эффекты проявляются тогда, когда мы пожелаем выяснить, как отразится на предложении труда определенной группы трудящихся или индивидуума повышение ставок заработной платы.

На нем видно, что одна и та же причина - увеличение заработной платы приводит и к росту и к сокращению предложения труда.

Поскольку при увеличении заработной платы каждый час отработанного времени лучше оплачивается, каждый час свободного времени воспринимается работником как возросший убыток, точнее, упущенная выгода.

Эта выгода могла бы быть реализована при превращении свободного времени в рабочее - отсюда стремление заместить свободное время дополнительной работой. Соответственно досуг замещается тем набором товаров и услуг, которые работник может приобрести на возросшую заработную плату. Этот эффект получил название -эффект замещения. Эффект дохода противостоит эффекту замещения и становится ощутим при достижении работником определенного, достаточно высокого уровня материального благополучия. Когда у человека появляется больше денег, свободное время перестает казаться вычетом из заработной платы, которая может позволить обогатить и разнообразить досуг.

Поэтому логичным является возникновение желания купить не только больше товаров, но и иметь большее количество свободного времени,

сократив при этом предложение труда, купив свободное время не за наличные деньги, а за те деньги, которые могли бы быть получены при отказе от досуга в пользу дополнительной работы.

Заработная плата - это цена равновесия на рынке труда.

В случае превышения реальной заработной платы уровня равновесной предложение на рынке труда превышает спрос. В этой ситуации происходит отклонение от положения полной занятости, рабочих мест не хватает для всех желающих продать свой труд при данной заработной плате. Возникает избыток предложения труда.

В случае снижения реальной заработной платы по сравнению с равновесной спрос на рынке труда превышает предложение. В результате образуются незаполненные рабочие места вследствие нехватки работников, согласных на более низкую заработную плату.

Разница в предложении труда играет особую роль в формировании уровня заработной платы различных категорий работников.

Ставки заработной платы зависят от уровня квалификации, производительности, характера трудовой деятельности, массовости или, наоборот, уникальности данной профессии. Чем уже профессиональная группа, тем сильнее средняя зарплата в ней может отличаться от среднего уровня по отрасли, по народному хозяйству. Чем массовей профессия и чем легче в определенных рамках переход от одного рода занятий к другому, тем в большей степени рынок труда соответствует условиям рынка совершенной конкуренции.

Конкуренция между рабочими ведет к выравниванию ставок заработной платы, так что ни один из них не может запросить за свои услуги больше другого (при равенстве квалификации и качества труда).

Отдельный работник, как правило, не может повлиять на ставку своей заработной платы и воспринимает ее как заданную величину. Однако при наличии в отрасли (и на предприятии) мощных массовых профсоюзов, обладающих силой монополии, их влияние на ставку заработной платы может быть значительным. Наиболее типичное явление на рынке труда - состояние несовершенной конкуренции. Несовершенная конкуренция складывается главным образом под влиянием профсоюзов, находящихся на стороне предложения труда и оказывающих влияние на ставки заработной платы, и предпринимателей, воздействующих на ставки заработной платы через спрос на труд.

Профсоюзы, с одной стороны, предприниматели - с другой, создают на рынке труда ситуацию двойной монополии.

Если профсоюзы повышают ставку заработной платы, то на рынок труда это повлияет следующим образом:

- предприниматели примут решение о сокращении спроса на труд (увольнение некоторых рабочих), так как заработная плата - это издержки.
- существенно изменится кривая предложения труда, так как с ростом заработной платы предложение возрастает.
- уменьшится число занятых, что приведет к потерям общества от недоиспользования труда.
- изменится распределение факторов производства.

Таким образом, вмешательство профсоюза может привести к повышению заработной платы и снижению занятости (безработице).

Современный рынок труда также испытывает на себе ощутимое государственное воздействие. Оно не только предъявляет спрос на рабочую силу в государственном секторе экономики, но и регулирует его в частном, определяя основные параметры найма в масштабах

национальной экономики. Большое влияние на рынок труда оказывают государственные программы. Также видное место в регулировании рынка труда занимает биржа труда.

ТЕМА №7. Финансирование и планирование здравоохранения в условиях медицинского страхования

По источнику финансирования можно выделить бюджетную, страховую и частную системы. Однако, никогда не существует в чистом виде страховой, бюджетной или частной системы финансирования. Можно говорить о преимущественном, доминирующем источнике финансирования. Если это система ОМС, то преобладают взносы работодателей, если бюджетная система - общие налоги (налог на прибыль, на добавленную стоимость и т.п.). По характеру взаимодействия субъектов здравоохранения выделяют интеграционную, контрактную модель системы финансирования, а также модель возмещения и модель «управляемой медицинской помощи». Такая классификация использует опыт финансирования здравоохранения не только в России, но и в зарубежных странах.

Источниками финансирования в системе здравоохранения являются:

- средства консолидированных бюджетов всех уровней;
- средства обязательного медицинского страхования;
- средства целевых фондов и республиканских программ, предназначенных для охраны здоровья населения.

В целом, система финансирования здравоохранения КР (по источникам финансирования) характеризуется как бюджетно-страховая модель. Как уже отмечалось, можно наблюдать несколько финансовых потоков, направляемых в сферу здравоохранения. Бюджетные источники: государственный бюджет; бюджет субъекта; местный бюджет; ресурсы внебюджетного перераспределения. К последним относятся средства обязательного медицинского страхования.

Лечебно-профилактические учреждения любой формы собственности, получившие лицензию и аккредитованные в установленном порядке, финансируются на основе договоров со страховыми медицинскими организациями, с территориальным фондом ОМС, его филиалами, выполняющими функции страховщика.

Определены следующие способы оплаты за оказанные медицинские услуги.

Для амбулаторно-поликлинических учреждений:

- финансирование по смете расходов;
- финансирование по «подушевому» нормативу;
- оплата законченных случаев лечения;
- оплата отдельных медицинских услуг.

Для стационарных учреждений:

- финансирование по смете расходов;
- оплата средней стоимости пролеченного больного;
- оплата за законченный случай лечения;
- оплата за койко-дни.

Стратегическими направлениями современной программы государственных гарантий обеспечения граждан КР бесплатной медицинской помощью являются сокращение объема стационарной помощи (примерно на 20%); развитие стационарозамещающих видов помощи; увеличение расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь, усиление ее лечебной функции. Проблема доступности медицинской помощи и одновременно сокращение объемов стационарной помощи может быть решена преимущественно за счет крупных городов, где существует развитая сеть медицинских уч-

реждений и корректировки их мощности. Однако нельзя идти путем закрытия небольших участковых больниц, поскольку это сразу снизит уровень доступности медицинской помощи для удаленных районов, что было бы не правильно.

Поиск решения проблемы финансового дефицита должен быть направлен на:

сокращение финансирования секторов вторичной и третичной медицинской помощи и поддержание за счет программы государственных гарантий именно первичной медико-санитарной помощи;

- перевод дорогостоящих медицинских технологий на платную основу;
- четкое определение минимального объема оказываемых бесплатных услуг, а за дополнительные медицинские услуги введение доплаты пациентов;
- возможность формирования системы обязательного медицинского страхования нескольких уровней: базовой системы ОМС и дополнительных программ с более высокой ставкой взноса на ОМС;
- узаконивание соплатежей населения.

Наряду с организацией ОМС законом о медицинском страховании предусмотрено внедрение системы добровольного медицинского страхования (ДМС). Главной отличительной чертой ДМС является то, что оплату расходов на медицинские услуги берет на себя преимущественно сам пациент. Кроме того, если ОМС осуществляется в рамках утвержденной Базовой программы ОМС, то при ДМС предоставляемые медицинские услуги выходят за рамки Базовой программы.

ДМС развивается как дополнение к программам ОМС, обеспечивая дополнительные услуги более высокого уровня, что в итоге расширяет финансовые возможности здравоохранения в целом.

Особенности развития добровольного медицинского страхования (ДМС) в КР следующие:

- имеет большой потенциал.
- доступно только самым обеспеченным категориям населения.
- не является формой реализации принципа общественной солидарности, поскольку выплаты по ДМС увязаны с размером сделанных взносов, а сами взносы устанавливаются с учетом рисков застрахованных граждан.

Существует определенное недоверие населения к коммерческим финансовым институтам, что тормозит развитие ДМС.

ДМС может развиваться только при условии четкого определения границы между государственными обязательствами и дополнительными наборами медицинских услуг и лекарственных средств.

ДМС может использоваться для получения плановой стационарной помощи вне очереди или прямого обращения к узкому специалисту, минуя участкового врача.

Соучастие пациентов в расходах на медицинские услуги связано с конкретными механизмами политики, которые действуют в области спроса на рынке медицинских услуг. Эти механизмы обычно функционируют в рамках системы страхования и определяют следующие основные формы участия пациентов в покрытии расходов.

Соучастие в оплате услуг: единовременные взносы, которые потребитель должен уплатить за каждую предоставленную услугу, за каждое выписанное лекарство.

Совместное страхование: доля в процентах от общей суммы за услуги, которая должна быть оплачена потребителем (например, пациент оплачивает 20% общей стоимости стационарного лечения).

Необходимость участия населения в оплате медицинской помощи обусловлена следующими глубинными причинами. Объем ресурсов, которые государство может выделить для развития социального сектора, в том числе здравоохранения, прямо связан с бюджетными ограничениями, особенно в условиях переходной экономики. С одной стороны, незрелость рыночных структур не дает возможности запустить рыночные механизмы. С другой стороны, переходная экономика требует уменьшения затрат государства и повышения ответственности граждан за самообеспечение, за социальное развитие (в условиях бюджетного дефицита и других неблагоприятных экономических реалий). Все это приводит к широкому вовлечению внебюджетных средств в процесс развития отрасли. Социальная ответственность граждан есть ответственность за результаты экономического развития. Она предполагает выполнение нескольких требований:

- улучшение _____ экономического и социального положения населения страны в меру роста его деловой активности;
- обеспечение оправданной дифференциации доходов и потребления в зависимости от результатов деятельности и предпринимательской активности граждан;
- достижение оптимального уровня соотношения затрат на социальные цели (имеются в виду затраты, которые осуществляют государство, непосредственно граждане из своих доходов и предприниматели).

Процесс реформирования в финансировании здравоохранения продолжается, на ближайшее десятилетие в нем планируются следующие изменения:

Государство должно обеспечить конституционные права граждан на получение бесплатной медицинской помощи путем выделения на здравоохранение средств из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования, необходимых для финансирования программы государственных гарантий. Также государство берет на себя обязательства обеспечить приоритетность развития здравоохранения посредством выделения финансовых средств в размере не менее 6% валового внутреннего продукта.

Нормативы финансовых средств для компенсации затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека в год (подушевые нормативы) применяют для:

- планирования объемов оказания медицинской помощи гражданам;
- расчетов платежей по обязательному медицинскому страхованию неработающих граждан;
- распределения финансовых ресурсов при выравнивании условий оказания медицинской помощи на территории КР;
- расчетов с производителями медицинских услуг за оказание медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

Порядок определения подушевых нормативов для обязательного медицинского страхования неработающих граждан утверждается фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с другими органами исполнительной власти в области здравоохранения.

В бюджетах всех уровней, выделяемых на здравоохранение, должна быть предусмотрена доля средств, направляемых на цели санитарного просвещения населения и профилактику заболеваний.

Объем бюджетного финансирования в области здравоохранения устанавливается _____ в зависимости от задач, выполняемых в рамках государственных программ. Если организации здравоохранения, источником финансирования которых является бюджет, принимают непосредственное участие в реализации региональных целевых программ в области здравоохранения, то такая деятельность обеспечивается за счет средств бюджета и внебюджетных средств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Крайне недостаточное бюджетное финансирование лечебных учреждений, невозможность территориальных фондов ОМС компенсировать дефицит бюджетных средств требует коммерциализации сферы здравоохранения, а следовательно и создания медицинских организаций на основе различных форм собственности, в том числе акционерной, кооперативной и др. Это приводит к тому, что сегодня здравоохранение представлено не только бюджетными учреждениями но и коммерческими структурами. Пациент выступает заказчиком на рынке медицинских услуг и получает возможность выбирать более привлекательное для себя лечебное учреждение. Это стимулирует устремление к повышению качества медицинского обслуживания.

ТЕМА №8. Экономический анализ деятельности стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений

ТЕМА №9. Медико-экономические проблемы реформы здравоохранения
Сектор здравоохранения разделен на «поставщиков» и «покупателей» медицинских услуг, произошла переориентация системы медицинского обслуживания с дорогостоящей стационарной помощи на услуги первичного здравоохранения, сформирован институт семейной медицины.

Также введена система обязательного медицинского страхования. И в 2008 г. системой ОМС было охвачено 76,7% населения. Обязательным медицинским страхованием называется система предоставления гарантированного государством пакета медицинских услуг за счет обязательных отчислений с фонда заработной платы. Они предназначены для работающих граждан. Причиной введения медицинского страхования является непредсказуемость болезни. Это ведет к затруднению планирования расходов семьи на здравоохранение. Денежные расходы на лечение одного из членов семьи: длительное пребывание в больнице, сложные хирургические процедуры, диагностика, консультации специалистов могут стоить очень дорого и могут иметь катастрофические последствия для бюджета всей семьи.

В целях более рационального использования крайне ограниченных ресурсов, направляемых в систему здравоохранения, появилась система «Единого плательщика», согласно которому, бюджет здравоохранения был аккумулирован на республиканском уровне.

Это определило новые механизмы формирования и исполнения бюджета организаций здравоохранения через эту систему. Поставщики медицинских услуг, осуществляют свою деятельность на основании договоров, заключенных между организациями здравоохранения и территориальными управлениями ФОМС, независимо от формы собственности. В соответствии с системой «Единого плательщика», финансирование в стационарах осуществляется - за пролеченный случай, а на первичном уровне -

поликлиниках осуществляется как подушевое финансирование. Формировался бюджета здравоохранения на программной основе. Программа государственных гарантий (ПГГ), являющаяся государственным социальным стандартом в области здравоохранения, определяет объем медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно или на льготных условиях. Объем финансирования ПГГ определяется в соответствии с минимальными стандартами бюджетного финансирования здравоохранения

В период реализации Национальной программы «Манас таалими» (2006-2010г.г.) введена «сооплата» за медицинские услуги. Следует отметить, что эти средства, полученные организациями здравоохранения, не подлежат налогообложению и изъятию в государственный бюджет.

Они используются для выплаты дополнительной заработной платы и являются источником отчисления в Социальный фонд КР, часть сооплаты используется для лечения и питания пациентов. Определенная часть граждан освобождена от внесения сооплаты или имеют льготы в получении медицинской помощи (пенсионеры, дети до 5 лет, беременные женщины и роженицы, инвалиды и и пенсионеры старше 70 лет). Для остальных пенсионеров размеры сооплаты при стационарном лечении снижены до минимальных размеров (200-260 сомов).

Если обратиться к опыту других стран, в настоящее время большинство стран в своих схемах финансирования переносят часть финансовой ответственности на потребителя, что известно как сооплата.

Важнейшим обоснованием для введения сооплаты является ограничение пациента от его желания получить чрезмерное лечение за счет средств страхования. Индивидуальные схемы сооплаты отличаются друг от друга по природе финансовых договоренностей.

В основном существуют 3 типа таких схем: удержание; со-страхование (застрахованный должен определенную пропорцию в стоимости каждой единицы, употребляемой медицинской помощи); соучастие в оплате услуг.

Согласно существующей методике в Кыргызстане, пациенты вместо получения реальной материальной поддержки со стороны государства, одни пациенты вынуждены покрывать расходы других больных.

Оплата больного части собственного лечения на наш взгляд является более справедливым путем привлечения пациента для для его лечения.

Следует отметить, что в наших условиях пациенты дополнительно вносят плату за медикаменты, а также нередко осуществляют неофициальные платежи - «подарки» врачам, другому мед.персоналу и, непосредственно, денежные вознаграждения (особенно, плата за операции).

Это свидетельствует о том, что сложившийся уровень сооплаты за медицинские услуги не покрывает всех расходов на пациента, что вынуждает медицинских работников компенсировать затраты на лечение за счет средств пациента. Кроме того очень часто врач направляет больного в определенную аптеку или лабораторную клинику имея при этом долю от стоимости проданных пациенту лекарств, или платы за лабораторные исследования, в которых даже если нет необходимости. Хотя 20% НДС с лекарств сняты, но на самом деле они не стали дешевле.

Все это свидетельствует о том, что больной с введением сооплаты вынужден теперь многократно оплачивать одну и ту же медицинскую услугу, в итоге не имея гарантию на полное выздоровление.

Поэтому, по совокупности этих причин было бы целесообразно вместо фиксированных соплатежей по отношению к медицинской помощи ввести сооплату по отношению к лекарствам, т. е. оплачивать часть стоимости лекарств, использованных при лечении больного. (Практика например, Турции)

Анализ оплаты труда в системе здравоохранения республики за последние годы показал устойчивую тенденцию роста заработной платы медицинских работников. Несмотря на непрерывное повышение, оплата труда продолжает оставаться низким.

Этот фактор является основной причиной неофициальных выплат непосредственно медицинскому персоналу. Кроме того, следует отметить, что при начислении заработной платы, как и во всех бюджетных структурах страны, не учитывается уровень инфляции. И последнее 30% ное повышение оплаты труда представляет собой лишь частичную компенсацию роста цен. Как было отмечено выше, непрерывное повышение заработной платы медицинских работников не позволяет покрывать минимальный потребительский бюджет, что и объясняет реальную причину неофициальной платы медицинских услуг. При таком уровне заработной платы трудно говорить о присутствии реальной мотивации к труду.

Прежде чем приступить к факторам стимулирования труда в этой сфере раскроем современные принципы оплаты труда медицинских работников. Размер заработной платы определяется, исходя из должностного оклада, рассчитанного на базе Единой тарифной сетки и разрядных коэффициентов, и начисляется с учетом выполнения нормы рабочего времени. При начислении заработной платы применяются надбавки и доплаты к должностным окладам работников здравоохранения. Надбавки предусмотрены: за продолжительность непрерывной работы, за сложность, напряженность и качество работы, а также ученую степень.

Доплаты к должностным окладам осуществляются: за совмещение профессий, расширение зон обслуживания и увеличения объема выполняемых работ, а также врачам-руководителям.

Формирование фонда оплаты труда организаций здравоохранения, работающих в системе Единого плательщика, осуществляется за счет: средств государственного бюджета; средств обязательного медицинского страхования; специальных средств; средств сооплаты.

В производстве фонд материального поощрения формируется за счет прибыли. В медицине источником поощрения выступает заранее определяемый на основе учета прошлых затрат фонд оплаты труда. И по логике увеличение стимулирующей части должно проходить за счет основной части оплаты труда, что согласно метематике: от перемены мест слагаемых, сумма фонда оплаты труда остается неизменной. В этой связи, поскольку в медицине нет прибыли в качестве источника поощрения может быть использовать часть специальных средств, образованных за счет платных услуг

Если учесть, что реформирование здравоохранения в современных условиях имеет конечной целью повышение доступности и качества медицинской помощи, как показывает практика, этих финансовых средств, крайне недостаточно. Поскольку качественные средства лечения стоят дороже, в связи с ограниченностью ресурсов, в стационарах, осуществляется жесткая экономия средств, поступивших по системе Единого плательщика. В структуре консолидированных расходов здравоохранения доля

средств республиканского бюджета составляет 60,1% (1454,4 млн.сом), местного бюджета г. Бишкек -16,2% (312,0 млн. сом.), средств ОМС - 16,2% (393,2 млн.сом), сооплаты - 7,8% (188,0 млн.сом) и специальных средств -3,0% (73,6 млн. сом), данные которых представлены в диаграмме.

Следующим источником финансирования являются платные услуги: официальные и неофициальные. Эти финансовые средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Сегодня в Кыргызстане имеют место следующие формы личных расходов на медицинскую помощь - прямая покупка лекарственных средств, платные медицинские услуги по полной стоимости и неформальные т.е. незаконные платежи за услуги.

Платные медицинские услуги способствовали активному внедрению новых медицинских технологий. Более интенсивно стала использоваться материально-техническая база, кадровые ресурсы и т. д. Конечно, это снимает остроту бюджетного дефицита переходного к рынку периода. Однако, здесь возникли серьезные проблемы.

Во первых, платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства. (прейскуранты есть, но они устарели, объем услуг не предусмотрен).

Во-вторых, появилась тенденция использования государственного сектора для оказания платных услуг. Т. е. платные услуги осуществляются на базе государственных медицинских учреждений. В этой связи имеют место необоснованные госпитализации в государственной больнице, в так называемых платных палатах. В связи с ними появилась проблема неэффективного использования ресурсов здравоохранения и дополнительные расходы коммунальных услуг. Все это противоречит оптимизации стационарной помощи. Чем больше объемы платных услуг на душу населения, тем выше уровень и длительность госпитализации, тем больше коечный фонд.

Ресурсы больниц «размазываются» на большое количество случаев госпитализации и как следствие -снижается стоимость одного случая лечения, а значит и качество медицинской помощи. Во многом из-за платных услуг возникают лишние мощности учреждений, которые связаны с большими затратами. То есть, платные услуги в данном случае снижают эффективность использования ресурсов.

ТЕМА №10. Системы здравоохранения в различных странах
Все существующие системы здравоохранения сводятся к трем основным моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров даются специалистами в основном одинаково:

- платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;
- государственная медицина с бюджетной системой финансирования;
- система _____ здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования.

Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко первая модель представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг).

Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Вторая модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется, в первую очередь, наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг.

Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей.

Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Наиболее ярко третья модель представлена здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии. К социально-страховой модели включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Медицинская услуга как товар и специфика финансирования здравоохранения

Хотя основной целью здравоохранения является именно здоровье человека, попытка рассмотреть его как товар очень проблематична. В связи с этим как товар предлагается рассматривать медицинские услуги, а систему здравоохранения – как организованную деятельность, в ходе которой осуществляется производство этих услуг.

В рыночной модели медицинские услуги рассматриваются как любой другой товар, который может быть куплен или продан в соответствии с классическими законами рынка (то есть с минимальным учетом его социальной специфики). Как уже отмечалось, типичным примером рыночной модели является рынок медицинских услуг США. Сфера здравоохранения здесь представлена развитой системой частных медицинских учреждений и коммерческим медицинским страхованием, где врачи являются продавцами медицинских услуг, а пациенты – их покупателями. Такой рынок наиболее приближен к свободному рынку и обладает всеми его преимуществами и недостатками.

Из-за острой конкуренции создаются условия роста качества, поиска новых продуктов и технологий, жесткой выбраковки экономически неэффективных стратегий и участников рынка. Это определяет положительные стороны рыночной модели здравоохранения. Рыночная модель организации системы здравоохранения – одна из самых качественных, но, в то же самое время, – эта одна из наиболее дорогих моделей.

США – пример рыночной модели финансирования здравоохранения. Чисто экономический вклад здоровья как одного из важнейших параметров труда в экономику США оценивается на уровне 10% от ВВП, то есть в сотни миллиардов долларов, но затраты на обслуживание охраны здоровья еще выше и составляют 14% от ВВП.

Кроме того, в системе здравоохранения, организованной на рыночных принципах, не обеспечиваются социальные гарантии населения в получении медицинских услуг. Рыночная модель не обладает свойством доступности для всех слоев своих граждан. Наблюдается также крайняя неравномерность в потреблении медицинских услуг, которая тесно коррелируется дифференциацией доходов.

Великобритания – пример государственной модели финансирования здравоохранения

Если же социальная специфика рассматривается как основной параметр медицинских услуг, то факт покупки или продажи медицинской помощи будет означать опосредованную покупку национального здоровья. В таком случае при организации системы здравоохранения важнейшим станет принцип равнодоступности медицинских услуг. Обеспечить это легче всего централизованным образом, подчинив систему здравоохранения контролю государства.

Таким образом, именно социальные приоритеты превалируют в бюджетной системе здравоохранения. Типичным примером государственной модели является рынок медицинских услуг Великобритании. Этот рынок основан на системе государственного здравоохранения.

На этом рынке гораздо легче соотнести приоритеты здоровья нации с другими приоритетами национальной экономики. Данная модель организации системы здравоохранения тяготеет к рынку централизованных плано-распределительных экономик и имеет соответствующие таким экономикам характерные положительные и отрицательные черты. К недостаткам этой модели следует отнести отсутствие естественных факторов,

стимулирующих развитие.

Это ведет к медленному росту качества медицинской помощи, недостаточной гибкости организационных структур, к возможности длительного осуществления неэффективных стратегий и использованию старых медицинских технологий. Но есть и очевидные преимущества. Прежде всего – это ориентация на профилактику заболеваний. Так, в конце концов, если оплачивается здоровье, то врач объективно заинтересован в уменьшении заболеваемости, снижении объемов медицинских услуг, тогда как на свободном рынке он объективно заинтересован в обратном.

Германия – как родина исторически первой системы государственного медицинского страхования

Исторически первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии во времена правления канцлера Отто фон Бисмарка (1883-1889 гг.), поэтому получила название бисмарковской. Она была серией специальных законов о страховании рабочих на случай болезни, от несчастных случаев, по инвалидности и старости.

В основу указанных законодательных актов был положен такой принцип: здоровье – капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. Однако кроме страхования риска потери здоровья система государственного медицинского страхования обеспечивала перераспределение доходов, путем оплаты медицинских услуг через страховые фонды. Это позволило добиться смягчения остроты социальных проблем, связанных с риском утраты трудоспособности малоимущих слоев населения.

Современное медицинское страхование Германии в целом сохранило основные принципы бисмарковской организации системы здравоохранения.

Финансирование осуществляется путем консолидации средств из различных источников: 60% средств, поступающих в ЛПУ – это средства обязательного медицинского страхования (ОМС), из них 25% - это страхование членов семей трудящихся; 10% - средства добровольного медицинского страхования (ДМС), 15% - государственные средства за счет налогообложения, 15% - личные средства граждан. В свою очередь, фонды ОМС формируются за счет трех источников: государственного бюджета, взносов работников и работодателей. Средний размер взносов на медицинское страхование составляет 13% по отношению к фонду оплаты труда (ФОТ). Взносы выплачиваются работодателями и работниками равными долями, то есть по 6,5%.

Канада: социально-страховая модель финансирования здравоохранения
К странам, использующим социально-страховую модель, относится и Канада. Как отмечалось ранее, несмотря на то, что организация системы здравоохранения Канады относится к социально-страховой, она напоминает государственную модель.

В первую очередь, это обусловлено ориентацией канадской системы здравоохранения на социальные характеристики медицинской услуги. Внимание специалистов в сфере организации здравоохранения к данной системе усилилась после того, как Канада достигла значительных успехов в запрете медицинских расходов.

Денежные средства производителям медицинских услуг в Канаде поступают из одного источника – системы национального страхования, которая аккумулирует средства трех фондов.

Сфера деятельности частных страховых компаний ограничена, им

разрешается страхование только тех услуг, которые не включены в планы обязательного медицинского страхования (ОМС), например, частные больничные палаты, услуги косметической хирургии.

ТЕМА №11. Медицинское страхование, исторические аспекты медицинского страхования

Понятие медицинского страхования

Медицинское страхование - это система мероприятий по социальной защите граждан в Кыргызской Республике, обеспечивающая получение качественных медицинских, профилактических и иных услуг.

Виды медицинского страхования

Медицинское страхование осуществляется в следующих видах:

- базовое (базовое государственное медицинское страхование);
- обязательное (обязательное медицинское страхование);
- добровольное (добровольное медицинское страхование).

(В редакции Закона КР от 17 февраля 2009 года N 52)

Основные понятия и определения

Субъекты медицинского страхования - страхователь, орган, уполномоченный осуществлять сбор взносов на обязательное медицинское страхование, страховщик, застрахованный, поставщик.

Страхователь - физическое или юридическое лицо, производящее выплату взносов по медицинскому страхованию.

Орган, уполномоченный осуществлять финансирование программы базового государственного медицинского страхования, - государственный орган, осуществляющий исполнительно-распорядительные функции в области финансирования базового государственного медицинского страхования через Фонд медицинского страхования.

Орган, уполномоченный осуществлять сбор взносов на обязательное медицинское страхование - юридическое лицо, осуществляющее сбор взносов на обязательное медицинское страхование и передачу их Фонду медицинского страхования Кыргызской Республики.

Страховщик - юридическое лицо, осуществляющее страховую деятельность в области медицинского страхования.

Застрахованный - лицо, в отношении которого поступили взносы на медицинское страхование к страховщику.

Поставщик - лечебно-профилактическое, фармацевтическое учреждение или организация независимо от формы собственности либо лицо, ведущее частную медицинскую практику или фармацевтическую деятельность, имеющие лицензию на занятие данным видом деятельности и осуществляющие медицинские, профилактические, реабилитационные, оздоровительные, фармацевтические услуги.

Медицинские, профилактические, фармацевтические, реабилитационные, оздоровительные услуги - медицинская и профилактическая помощь, фармацевтическое обеспечение.

Программа базового государственного медицинского страхования объем и условия оказания медицинских и профилактических услуг, лекарственного обеспечения, предоставляемых поставщиками на основе договоров со Страховщиком (Единым плательщиком).

Программа обязательного медицинского страхования - объем и условия оказания медицинских и профилактических услуг, лекарственного обеспечения, предоставляемых поставщиками на основе договоров по обязательному медицинскому страхованию.

Программа добровольного медицинского страхования - объем и условия

оказания медицинских, профилактических и иных услуг, предоставляемых страховой организацией в соответствии с заключенными договорами и оказываемых сверх программы обязательного медицинского страхования.

Взносы на медицинское страхование - страховые платежи по обязательному или добровольному медицинскому страхованию, выплачиваемые страховщику.

Тариф страховых взносов - размер страхового взноса, выплачиваемый страховщику.

Понятие базового государственного медицинского страхования

Базовое государственное медицинское страхование - государственная форма социальной защиты, направленная на обеспечение прав граждан Кыргызской Республики в области охраны здоровья за счет средств республиканского и местных бюджетов, на основе минимальных социальных стандартов, определяемых в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Цель базового государственного медицинского страхования

Целью базового государственного медицинского страхования является гарантированное обеспечение граждан Кыргызской Республики качественной медицинской и профилактической помощью в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан в Кыргызской Республике медико-санитарной помощью.

Принцип базового государственного медицинского страхования

Основным принципом базового государственного медицинского страхования является предоставление всем гражданам Кыргызской Республики равных прав на медицинские и профилактические услуги в рамках Программы государственных гарантий обеспечения граждан в Кыргызской Республике медико-санитарной помощью в части финансирования за счет средств республиканского и местных бюджетов на основе минимальных социальных стандартов, определяемых в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Программа базового государственного медицинского страхования

Программа базового государственного медицинского страхования является составной частью Программы государственных гарантий обеспечения граждан в Кыргызской Республике медико-санитарной помощью и предоставляется всем гражданам Кыргызской Республики.

Субъекты базового государственного медицинского страхования

Субъектами базового государственного медицинского страхования являются:

- граждане Кыргызской Республики;
- иностранные граждане, в случаях, предусмотренных международными договорами, участником которых является Кыргызская Республика, вступившими в силу в установленном законом порядке.

Реализация программы базового государственного медицинского страхования

Реализация программы базового государственного медицинского страхования осуществляется через исполнительный орган системы медицинского страхования, которым является Фонд медицинского страхования и его территориальные органы управления.

Финансирование программы базового государственного медицинского страхования

Финансирование программы базового государственного медицинского страхования осуществляется за счет средств республиканского и местных бюджетов на основе минимальных стандартов финансирования, определяемых в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Понятие обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование - это государственная форма социальной защиты, направленная на обеспечение прав граждан в Кыргызской Республике в области охраны здоровья.

Цель и задачи обязательного медицинского страхования

Целью обязательного медицинского страхования является гарантированное обеспечение застрахованных граждан в Кыргызской Республике качественной медицинской и профилактической помощью в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Задачами обязательного медицинского страхования являются:

- управление финансированием медицинских и профилактических услуг, лекарственного обеспечения в системе обязательного медицинского страхования;
- управление качеством предоставляемых медицинских, профилактических услуг, лекарственного обеспечения в системе обязательного медицинского страхования;
- максимальный охват обязательным медицинским страхованием всех категорий населения;
- защита прав и интересов застрахованных граждан при получении медицинских, профилактических и иных услуг по программам обязательного медицинского страхования;
- обеспечение застрахованных граждан пособиями по временной нетрудоспособности, беременности и родам;
- координация введения обязательного медицинского страхования с реформами в секторе здравоохранения;
- создание законодательной базы, основанной на системном подходе при реформировании социальной сферы.

Принципы обязательного медицинского страхования

Основные принципы обязательного медицинского страхования:

- все застрахованные граждане имеют равные права на медицинские и профилактические услуги в объеме базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от социального статуса застрахованного и размера внесенного взноса;
- взаимоотношения в системе обязательного медицинского страхования регулируются на основании договоров между субъектами обязательного медицинского страхования;
- гласность в отношении исполнения бюджета обязательного медицинского страхования перед плательщиками взносов;
- обеспечение правовой защиты застрахованных граждан.

Программа обязательного медицинского страхования

Программа обязательного медицинского страхования состоит из базовой и дополнительных программ обязательного медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет объем и условия оказания медицинских и профилактических услуг, лекарственного обеспечения, предоставляемых застрахованным гражданам бесплатно независимо от размера внесенного взноса в рамках Программы

государственных гарантий обеспечения граждан в Кыргызской Республике медико-санитарной помощью в системе Единого плательщика.

Дополнительные программы обязательного медицинского страхования определяют объем и условия оказания медицинских, профилактических услуг, лекарственного обеспечения, реабилитационных и оздоровительных мероприятий, в оплате которых принимают участие и застрахованные граждане.

Лица, подлежащие обязательному медицинскому страхованию

Обязательному медицинскому страхованию подлежат:

- граждане Кыргызской Республики, состоящие в трудовых отношениях на основании трудовых договоров;
- пенсионеры;
- безработные, зарегистрированные в органах государственной службы занятости населения;
- граждане Кыргызской Республики, осуществляющие трудовую деятельность на иных условиях (индивидуальные предприниматели, самозанятые, частнопрактикующие, творческие работники), в случае уплаты ими взносов по обязательному медицинскому страхованию;
- лица, получающие социальные пособия;
- военнослужащие и приравненные к ним лица;
- дети до достижения ими возраста шестнадцати лет (учащиеся общеобразовательных учреждений - до окончания ими обучения, но не более чем до достижения ими возраста восемнадцати лет);
- учащиеся начальных профессиональных учебных заведений, студенты средних и высших профессиональных учебных заведений до достижения ими возраста двадцати одного года (кроме обучающихся заочно или на вечернем отделении);
- иностранные граждане, временно находящиеся или постоянно проживающие на территории Кыргызской Республики;
- лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Кыргызской Республики;
- иные категории граждан.

Поставщики

Поставщики в системе обязательного медицинского страхования осуществляют свою деятельность на основании договоров с субъектами обязательного медицинского страхования.

Застрахованные лица имеют право:

- на получение медицинских, профилактических, реабилитационных и оздоровительных услуг по программе обязательного медицинского страхования на всей территории Кыргызской Республики в тех лечебно-профилактических учреждениях, с которыми заключены договоры по обязательному медицинскому страхованию;
- на получение от страхователя информации о выплатах по обязательному медицинскому страхованию;
- на свободный выбор врача в медицинских учреждениях;
- на обращение к страховщику, если они не удовлетворены качеством оказанных медицинских, профилактических и иных услуг;
- на возмещение ущерба, причиненного здоровью по вине поставщика, в порядке, установленном законодательством Кыргызской Республики;
- потребовать в судебном порядке осуществления обязательного медицинского страхования страхователем;
- на судебную защиту своих прав.

Застрахованные лица обязаны:

- при обращении за медицинской помощью по программе обязательного медицинского страхования предъявлять документы, подтверждающие их право на получение медицинских и профилактических услуг по обязательному медицинскому страхованию;
- заботиться о сохранении страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинских услуг.

Страхователь имеет право:

- получать от страховщика информацию об использовании средств обязательного медицинского страхования;
- на судебную защиту своих прав.

Страхователь обязан:

- своевременно уплачивать в установленные сроки взносы на обязательное медицинское страхование за всех лиц, подлежащих обязательному медицинскому страхованию;
- принимать необходимые меры по устранению неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье работников, улучшению условий их производственной деятельности, исключению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Фонд медицинского страхования

Фонд медицинского страхования:

- обеспечивает государственную политику в области медицинского страхования;
- аккумулирует взносы обязательного медицинского страхования, формирует страховой запас для обеспечения финансовой стабильности в объеме не менее месячного финансирования для направления на финансирование программы обязательного медицинского страхования;
- осуществляет обязательное медицинское страхование граждан в Кыргызской Республике;
- осуществляет контроль за рациональным и целевым использованием средств обязательного медицинского страхования;
- взаимодействует с органами местного самоуправления по вопросам обязательного медицинского страхования граждан;
- осуществляет контроль за организацией обязательного медицинского страхования и способствует развитию добровольного медицинского страхования;
- заключает договоры с поставщиками на предоставление медицинских, профилактических и фармацевтических услуг;
- осуществляет оплату медицинских, профилактических и фармацевтических услуг по договорам медицинского страхования.

Фонд медицинского страхования создает свои территориальные органы управления и через них осуществляет на соответствующей территории обязательное медицинское страхование граждан.

Фонд медицинского страхования и его территориальные органы содержатся за счет взносов на медицинское страхование.

ТЕМА №12. Качество медицинской помощи. Компоненты качества, управление качеством

Качество медицинской помощи

Понятие качества товара или услуги в сфере производства и рыночной экономики тесно связано с их потребительскими свойствами. Они должны быть нужными и полезными с точки зрения потребителя. Международная организация по стандартизации, а затем и Госстандарт бывшего Союза,

определяют качество, как такую совокупность свойств продукции, которая придает ей способность удовлетворять конкретные потребности людей. При оценке качества товаров и услуг отдельно рассматриваются две характеристики качества: качество исполнения и качество соответствия. Качество исполнения - характеристика, отражающая степень, в которой товар или предоставляемые организацией (группой лиц, объединенных одной целью) услуги фактически удовлетворяют потребности клиентов. Качество соответствия - характеристика, отражающая степень, в которой продукция или услуги, предоставляемые организацией, соответствует внутренним спецификациям товара и услуги.

Особенностью категории —качество в приложении к медицинской помощи является то, что исполнение обследования и лечения больного в полном соответствии с видом патологии и спецификацией (категорией) медицинского учреждения не всегда полностью удовлетворяет пациента в связи с отсутствием у последнего объективного представления о возможностях коррекции реального патологического состояния средствами современной медицины. С учетом этой особенности понятия надлежащего и ненадлежащего качества медицинской помощи могут быть сформулированы следующим образом.

Надлежащее качество медицинской помощи - это соответствие оказанной медицинской помощи современным представлением о ее необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Ненадлежащее качество медицинской помощи - это несоответствие оказанной медицинской помощи общепринятым современным представлением о ее необходимых уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей больного и возможностей конкретного медицинского учреждения.

Компоненты:

Исследовательская группа ВОЗ предлагала рассматривать этот вопрос системно, выделив три основных компонента качества медицинской помощи:

- адекватность;
- экономичность;
- научно-технический уровень.

Адекватность. Эксперт ВОЗ Х. Вуори определяет адекватность как показатель соответствия фактически оказанной технологии обслуживания потребностям и ожиданиям населения, относящимся к медицинским проблемам.

Так как главная потребность заболевшего - получить помощь, которая ведет к излечению, а если это невозможно, то облегчит страдания и поможет добиться приемлемого —качества жизни, то считается, что адекватность может быть оценена конечной пользой от применения конкретной процедуры. Причем не —вообще, а с точки зрения ее влияния на качество последующей жизни.

Иногда вместо термина —адекватность используют термин —результативность, хотя понятие —адекватность существенно шире. По мнению многих авторов, оно включает и характеристики доступности помощи, которая понимается как возможность получения потребителем необходимой ему помощи в нужное время, в удобном для него месте, в достаточном объеме и в умеренных и приемлемых затратах.

Результативность же оценивает только конечный итог.

Экономичность. Экономическую эффективность часто определяют соотношением затрат к достигнутым результатам.

Научно-технический уровень. Современность применяемых методов лечения, диагностики, профилактики также является важным компонентом качества. Она позволяет ответить на вопрос, насколько полно при оказании помощи были учтены современные достижения в области медицинских знаний и технологий.

Европейское бюро ВОЗ в своем отчете, посвященном формированию принципов обеспечения качества медицинской помощи указало на необходимость при решении данной проблемы учитывать четыре ее элемента:

- 1) квалификацию специалиста;
- 2) оптимальность использования ресурсов;
- 3) риск для пациента;
- 4) удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой.

—Качество медицинской помощи - это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой.

Экономические стимулы повышения качества: Переход отечественного здравоохранения к бюджетно-страховой модели финансирования медицинской помощи направлен на решение главной задачи реформы здравоохранения - повышение качества оказываемых населению лечебно-диагностических услуг. Недостаточное финансирование здравоохранения и связанное с этим сокращение количества закупаемого медицинского оборудования, снижение уровня оплаты труда медицинских работников, отток из отрасли работников привели к снижению качества медицинской помощи.

Характеристика качества для здравоохранения Профилактика проблем, связанных со здоровьем.

Влияние на физические, социальные, биологические и умственные способности функционирования (результаты здоровья).

Способность определить проблему, связанную со здоровьем.

Соответствие между диагнозом, прогнозом и лечением.

Продолжительность оказания услуги.

Доступ к лечению.

Взаимодействие между людьми.

Уровень заботы, касающейся лечения.

Информация, полезная для управления индивидуальным состоянием здоровья.

Эти характеристики качества важны для потребителя, но разные потребители будут оценивать их по-разному. Одной из наиболее важных целей получения знаний о потребителях является уточнение определения качества услуги или товара, принимая во внимание различие между группами потребителей.

Другой важный аспект соответствие услуг и потребностей заключается в том, чтобы предложить каждую услугу по доступной цене. При современном понимании стоимость задумана, как характеристика качества. Стоимость возрастает при улучшении качества.

1. Руководство.
2. Вложения в процесс усовершенствования.
3. Знание дела (предмета).
4. Знания для улучшения.

Знание изменений. Изучение и понимание изменений могут помочь управляющим развить понимание процессов которые порождают работу.

Менеджеры должны разделить изменения на 2 категории:

- а) изменения, причины которых относятся к числу регулярных событий;
- б) изменения, которые возникают неожиданно или нерегулярно.

Знание этих категорий необходимо, т. к. они требуют различных ответов.

Знание психологии. Этот элемент усовершенствования строится на вере, что большинство работающих внутренне стимулированы на то, чтобы усовершенствоваться и исполнять свои обязанности в лучшем виде.

Менеджер должен хорошо понимать и использовать источники внутреннего побуждения удовольствия, гордости, самоуважения за выполненную работу.

Факторы, влияющие на качество медицинских услуг

Как видно из схемы важным элементом качества медицинской помощи является соблюдение стандартов.

Стандарты. Важнейшим условием проведения оценки качества медицинской помощи является наличие стандартов качества медицинской помощи.

Стандарт - это нормативно-технический документ, устанавливающий единицы величин, термины и их определения, требования к продукции (услугам) и производственным процессам, требования, обеспечивающие безопасность людей и сохранность материальных ценностей. Исходя из общего определения понятия под термином —стандарт качества медицинской помощи следует понимать нормативные документы, устанавливающие требования к качеству медицинской помощи при данном виде патологии (нозологической форме) с учетом современных представлений о необходимых методах диагностики, профилактики, лечения, реабилитации и возможностей конкретного медицинского учреждения. Стандартизация уходит своими корнями в глубокую древность.

Сегодня стандартизация позволяет обеспечить:

- предельную экономию человеческих и материальных ресурсов при производстве;
- выбор оптимального решения;
- защиту интересов потребителя на основе стабильного обеспечения требуемого уровня качества товаров и услуг;
- охрану здоровья населения и безопасность труда;
- создание средств выражения идей и общения между заинтересованными сторонами.

Чтобы служить перечисленным выше целям стандарты должны:

- объективно отражать действительность;
- содержать оптимальное решение задачи;
- быть практически выполнимыми;
- быть стабильными и одновременно динамичными;
- обладать организующей ролью;
- обеспечивать преемственность при организации процесса производства.

В современном мире стандартизация проникла во все сферы общественной жизни, в том числе в здравоохранение.

При проверке качества медицинской помощи часто используют стандарт качества. Основу стандарта качества медицинской помощи составляют три

основных блока.

1. Набор мероприятий, характеризующих объем обследования больного.
2. Набор параметров и мероприятий, характеризующих объем лечебно-реабилитационных мер.
3. Набор параметров и критериев, характеризующих должное состояние больного при выписке.

Основные требования, предъявляемые к стандарту Стандарт качества лечения и диагностики должен:

- быть единым, принятым на территории региона;
 - быть единым для поликлиники и стационара;
 - характеризовать на фактическое состояние медицинской помощи, а максимально достигнутый уровень медицинской помощи при современном развитии науки и практики;
 - характеризовать степень соответствия лечения конкретного больного его состоянию и течению болезни;
 - разрабатываться на основе либо синдрома, либо состояния больного;
 - быть достоверным;
 - давать возможность ранней постановки диагноза на его основе;
 - иметь необходимый и достаточный объем исследований;
- быть экономичным.

Контроль качества медицинской помощи

Контроль качества медицинской помощи направлен на обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения.

Различают следующие виды контроля качества медицинской помощи:

I. Ведомственный контроль производится в соответствии с положением о системе ведомственного контроля качества мед. помощи в учреждениях здравоохранения на территории государства.

Результаты ведомственного контроля могут использоваться и сопоставляться с данными вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи.

II. Вневедомственный контроль качества медицинской помощи за деятельностью учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности, а также частнопрактикующих врачей (специалистов, работников), осуществляется на основании положения о системе вневедомственного контроля качества медицинской помощи следующими представителями:

1. лицензионно-аккредитационные комиссии
2. страховые медицинские организации
3. территориальные фонды обязательного медицинского страхования (в случае выполнения ими функции страховщика)
4. страхователи
5. исполнительные органы Фонда обязательного страхования РФ
6. профессиональные медицинские ассоциации
7. общества (ассоциации) защиты прав потребителей. Вневедомственный контроль может осуществляться в виде:

- предупредительного контроля - контроля результата - целевого контроля -
- планового контроля - повторного контроля (метаэкспертиза)

Виды нарушений при оказании медицинской и лекарственной помощи

1. невыполнение или ненадлежащее выполнение условий договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по обязательному медицинскому страхованию

2. выставление счета за фактически неоказанную услугу (случай медицинской помощи):

- неоднократное включение в счет одной и той же медицинской услуги;
- выставление счета за услуги, не предусмотренные программой ОМС и лицензией медицинского учреждения, а также за действия, не являющиеся отдельно оплачиваемые медицинской услугой при принятом порядке оплаты.

3. оказание застрахованному медицинской помощи ненадлежащего качества:

- невыполнение, несвоевременное или некачественное выполнение необходимых пациенту диагностических, лечебных, профилактических, реабилитационных мероприятий (исследования, консультации, операции, процедуры, трансфузии, медикаментозные назначения и т.д.);
- необоснованное (без достаточных показаний или при наличии противопоказаний), проведение диагностических, лечебных мероприятий, приведшее к диагностической ошибке, выбору ошибочной тактике лечения, ухудшению состояния пациента, осложнению течения заболевания или удлинению сроков лечения.

4. нарушения в работе медицинских учреждений, наносящие ущерб здоровью:

- заболевания (травмы, ожоги) и осложнения возникшие в период пребывания пациента в медицинском учреждении по вине медицинских работников, потребовавшие оказания дополнительных медицинских услуг, в том числе:

- внутрибольничное инфицирование связанное с неправильными действиями мед. персонала,

- осложнения после манипуляций, процедур, операций, инструментальных вмешательств, инфузий и т.д., связанные с дефектами их выполнения или недоучетом противопоказаний.

5. преждевременное прекращение лечения (с клинической точки зрения), приведшее к ухудшению состояния больного, развитию осложнений, обострений и т.д.

ТЕМА №13. Здравоохранение в системе рыночных отношений

Рыночные отношения выражают определенную экономическую обособленность производителей и потребителей продуктов и услуг, возмездность их взаимодействия.

По своему содержанию они включают широкий набор различных элементов. Сфера охвата рыночными отношениями тех или иных сторон жизнедеятельности общества не является постоянной величиной.

Рыночный механизм является процессом, посредством которого продавцы и покупатели взаимодействуют, чтобы определить цену и количество производимых благ, тем самым спрос, предложение и цена являются главными его элементами.

Ключевым понятием, выражающим сущность рыночных отношений, является понятие конкуренции.

В общем случае конкуренцию можно определить как тип взаимоотношений между производителями по поводу установления цен и объемов предложения товаров и услуг, а также между потребителями по поводу формирования цен и объема спроса на рынке.

В зависимости от соотношения между количеством производителей и количеством потребителей различают следующие виды конкурентных структур: рынок совершенной конкуренции, олигополия, монополия, монополия, монополистическая конкуренция.

Каждая из структур имеет свои особенности формирования цены,

спроса и предложения. Наиболее эффективная структура, позволяющая наилучшим образом распределить ресурсы – рынок совершенной конкуренции.

Если же возникают какие-либо объективные ограничения для продавцов и покупателей, то тогда мы имеем дело со структурами несовершенной конкуренции, требующими дополнительной корректировки со стороны государства.

С другой стороны, динамический спрос, появление новых потребностей и «ниш» на рынке медицинских услуг и сопутствующих товаров активно привлекают в эту сферу новых специалистов и псевдоспециалистов.

Поэтому вполне понятно, стремление уже устоявшегося контингента производителей всеми возможными, и не только экономическими, средствами минимизировать вероятность появления на рынке потенциальных конкурентов, ограничить предложение, максимизировать цены и доходы. Отмеченные выше ограничения конкуренции и информации означают, что рынок медицинских услуг будет существенно отличаться от рынка совершенной конкуренции.

Можно схематично показать отличия рынка совершенной конкуренции от той рыночной структуры, которая характерна в целом для рынка медицинских услуг.

Рынок совершенной конкуренции

Рынок медицинских услуг

Большое количество продавцов

Число продавцов ограничено, существуют ограничения входа на рынок, возможны даже ситуации, близкие к естественной монополии.

Однородность товара

Неоднородность медицинской услуги, ее индивидуальность, уникальность.

Хорошая

информированность

покупателей

Несовершенная информация

Возможность сопоставления

цены товара и его качества

Невозможность или затруднительность сопоставления цены и качества.

Производители стремятся к максимизации прибыли

Наличие большого числа государственных или частных «бесприбыльных» организаций.

Реализация продукции

осуществляется, как правило, напрямую.

В большинстве случаев требуется участие «третьей стороны» — компетентного посредника, который и оплачивает значительную часть медицинских услуг.

Исходя из приведенного сравнения, можно утверждать, что рынок

медицинских услуг, с точки зрения организационной структуры, является рынком несовершенной конкуренции.

При этом по своим основным характеристикам он в большей мере приближается к структурам, которые в экономической теории классифицируются как рынок монополистической конкуренции и монополия.

Эти обстоятельства неизбежно накладывают свой отпечаток на поведение производителей, изменение их первоочередных целей, систему ценообразования, что также требует специфического регулирования происходящих процессов в этих рыночных структурах со стороны государства.

В связи с этим чрезвычайно важно обратить внимание на факторы, определяющие спрос и предложение медицинских услуг. Ключевую роль здесь играет цена, которая, с одной стороны, определяет спрос и предложение, а с другой стороны, в условиях свободного ее изменения балансирует их.

Для того чтобы строить прогнозы относительного изменения величины спроса или предложения при изменении цены, необходимо знать количественные параметры этих изменений. Наиболее распространенной количественной характеристикой спроса является так называемая эластичность спроса. Различают три вида характеристик эластичности спроса. Это ценовая эластичность, эластичность по доходу, перекрестная эластичность по различным товарам.

Ценовая эластичность измеряется как отношение процентного приращения объема спроса на товар к процентному уменьшению цены данного товара при прочих равных условиях.

Она показывает, на сколько процентов увеличится объем спроса при уменьшении цены товара на один процент. Спрос на большинство медицинских услуг обладает низкой эластичностью, это и означает, что коэффициент эластичности меньше единицы.

Количественное выражение эластичности спроса отражает особенности потребительского поведения именно данной страны, так как она определяется совокупностью потребительских предпочтений, уровней дохода населения, свойствами национального характера, общим развитием экономики.

Поэтому переносить характеристику эластичности, полученную по данным одной страны, на условия другой страны обычно неправомерно.

Однако общее правило заключается в том, что чем настоятельней потребность, которую удовлетворяет данная услуга, и чем меньше заменителей у нее, тем ниже будет эластичность по цене.

В нашей стране пока отсутствуют расчеты этого коэффициента, что связано с меняющимися условиями жизни населения, однако можно предположить следующее. Во-первых, низкий средний уровень жизни подавляющей части населения не позволяет ему отвлекать заметные средства на оплату медицинских услуг, во-вторых, отсутствие имиджа здорового образа жизни не ведет к увеличению удельного веса в доходах населения затрат на поддержание и сохранение своего здоровья.

Таким образом, определяя стратегию развития здравоохранения, трудно использовать изменение цен на медицинские услуги как метод сбалансированности спроса и предложения.

Кроме цены, на спрос и предложение оказывают воздействие и неценовые факторы. Спрос определяется количеством покупателей

(населения), средним доходом отдельного человека, семьи, ценой заменяемой медицинской услуги. Само количество пациентов будет определяться уровнем заболеваемости населения, качеством его здоровья. Количественная зависимость изменения доходов и спроса на те или иные медицинские услуги также может быть охарактеризована коэффициентом эластичности.

Предложение медицинских услуг также будет зависеть не только от цены, но и от других факторов: цена используемых ресурсов, налоги и дотации, количество производителей данных услуг. Последнее обстоятельство имеет особое значение. Не случайно американские экономисты, учитывая асимметричность информации, присущей здравоохранению, говорят о своеобразном законе.

Суть этого закона: чем больше хирургов, тем больше производится операций, то есть медицинские работники уже самим своим присутствием порождают дополнительный спрос.

Формирование спроса и предложения на медицинские услуги, а также ценообразование находятся в определенной зависимости от многих факторов.

При этом охрана здоровья населения зависит не только от эффективного функционирования рынка медицинских услуг, но и от целого ряда других рынков, тесно связанных между собой. Если рассматривать только функционирование медицинских учреждений, то они, прежде всего, выступают на двух основных рынках: рынке ресурсов и рынке медицинских услуг.

Рынок ресурсов включает в себя рынок трудовых ресурсов и рынок материальных ресурсов. Этот рынок снабжает медицинские учреждения медицинским оборудованием, лекарственными препаратами, инструментами. Действуя на этом рынке, медицинские учреждения покупают необходимые ресурсы и совершают платежи, которые выступают в виде заработной платы и доходов владельцев ресурсов.

На рынке ресурсов медицинские учреждения выступают в роли покупателей, на рынке медицинских услуг — продавцами.

В условиях широкого использования медицинского страхования рынок услуг может быть представлен следующими видами: страховым рынком, рынком медицинских услуг по системе страхования и свободным рынком медицинских услуг. Что же касается рынка ресурсов, то он также может быть определенным образом классифицирован.

Это рынок медицинского оборудования, рынок лекарственных препаратов, рынок труда.

Рынок медицинских услуг и рынок ресурсов связаны между собой самым тесным образом. С одной стороны, спрос на рынке ресурсов является производным от спроса на медицинские услуги, а с другой стороны, уровень цен и в целом конъюнктура на рынке ресурсов определяют потенциальные возможности и границы развития медицинских учреждений.

ТЕМА №14. Ценообразование в платной медицинской деятельности

Введение рыночных отношений в систему здравоохранения поставило перед организаторами здравоохранения комплекс задач, решение которых может осуществиться только на базе новых знаний и новых организационных технологий. Но за последние годы в здравоохранении происходят существенные изменения в структуре управления и объемах финансирования.

Сегодня, сохраняя затратный механизм, здравоохранение

финансируется даже не по остаточному типу, а по кризисному варианту. Финансовый кризис усугубил тяжелое финансовое положение учреждений здравоохранения.

Ценообразование в условиях инфляции, наиболее сложный элемент организационно-экономической и управленческой деятельности производителя медицинских услуг, является инструментом маркетинговой политики. Политика цен на медицинские услуги должна предусматривать не только собственно установление цен на услуги, но и управление ценами в различных ситуациях рынка, в условиях влияния на них различных факторов. Наиболее важны факторы, относящиеся больше к спросу на медицинские услуги, чем к предложению, т.е. всегда надо учитывать, сколько покупатель может заплатить за медицинскую услугу.

Здесь необходимы знания о возможных пределах снижения цен в зависимости от влияния на уровень (эластичность) спроса и выручку от продаж, себестоимости услуг, а также методики расчета различных вариантов снижения цен на услуги.

Суть ценовой политики медицинских организаций должна заключаться в том, чтобы устанавливая такие цены на медицинские услуги и так изменять их в зависимости от внешних и внутренних условий, чтобы это помогало решению поставленных стратегических и оперативных задач. Процесс установления цены на медицинскую услугу включает в себя ряд последовательных этапов:

- Определение целей организации здравоохранения и в связи с этим целей ценовой политики;
- Постановку задач ценообразования;
- Определение спроса на медицинские услуги;
- Оценку издержек (т.е. затрат, расходов);
- Анализ цен и услуг конкурентов;
- Выбор метода ценообразования;
- Установление окончательной цены на услугу (приспособление цен).

Целью ценообразования являются: покрытие издержек, постоянное их снижение; обеспечение рентабельности производства, услуг; повышение конкурентоспособности поставщиков услуг; завоевание потенциального рынка потребителей; формирование оптимальной загрузки персонала и медицинского оборудования.

Задачи ценообразования должны совпадать с целями, которые ставит в своей деятельности ЛПУ; данные задачи входят в состав целевого блока, реализуемого в рамках ценовой политики, подчиняются воздействию со стороны единых целей учреждения здравоохранения и развивают цели до этапа реализации их на практике.

1. 'Бюджетные оценки'^а (или 'бюджетные нормативы'^а).
2. Свободные рыночные цены на платные медицинские услуги. 'Бюджетные оценки'^а подразумевают обоснование финансирования медицинских учреждений на основе принятых нормативных документов.

Особенности: 1. служат для расчетов между учреждениями одной территории;

2. между подразделениями одного учреждения, переведенного, например, на внутренний коммерческий расчет;

3. расчеты зависят от имеющихся финансовых возможностей, а не от того, что нужно лечебному учреждению для осуществления своей деятельности;

4. не распадаются на себестоимость и прибыль.

Свободные рыночные цены формируются на основе спроса

и предложения и зависящие от конъюнктуры рынка медицинских услуг. Их особенности: структура такой цены зависит от экономической цели медицинского учреждения; характерны преимущественно для рынка стоматологических услуг, пластических операций, 'традиционной'^а медицины и т. п.; используется, как правило, в негосударственных организациях здравоохранения .

В отраслях услуг часто фигурируют государственные цены, которые могут устанавливаться на услуги здравоохранения. При использовании единых цен иногда допускаются небольшие отклонения в ту или иную сторону, однако настоящая ценовая конкуренция часто невозможна и нецелесообразна.

Объектом ценообразования является не только определенная сумма денежного вознаграждения за медицинскую услугу, но и системная конструкция 'цена-качество'^а, причем уровень цен будет прежде всего определяться именно качеством услуги.

На основе стандарта медицинской помощи в лечебном учреждении должен быть составлен протокол ведения больного, предназначенный для контроля качества оказанной медицинской помощи по данному виду заболеваний.

Описание стандарта медицинской помощи дает возможность представить те виды научно обоснованных затрат лечебного учреждения, которые должны быть отражены в цене данной медицинской услуги. Проще всего с помощью стандарта медицинской помощи отразить затраты подразделения ЛПУ на медикаменты.

Определяя стратегию ценообразования, мы должны учитывать не только качественные, но и количественные характеристики изменения цены на медицинскую услугу, эластичность спроса по цене.

Важно знать, насколько чувствителен спрос на данную услугу, т. е. насколько эластичен. Если спрос можно назвать эластичным, целесообразно ставить вопрос о снижении цены, которая позволит стабилизировать спрос.

Если спрос менее эластичен, то организация здравоохранения располагает возможностями для повышения цены на свои услуги.

Высокую же цену при достаточно эластичном спросе можно устанавливать при следующих условиях:

- данная услуга дефицитна;
 - отсутствует конкуренция;
 - ограничена возможность замены услуг другими, удовлетворяющими ту же потребность;
 - потребители (пациенты) не склонны к изменению своих вкусов и предпочтений;
 - потребители (пациенты, например, в стоматологии, в пластической хирургии) сочтут оправданным рост цены в условиях инфляции и т. п.
- Эластичен или неэластичен спрос на ту или иную медицинскую услугу, определяется по формуле коэффициента эластичности.

Эластичность спроса определяется отношением процентного изменения количества спрашиваемых услуг к процентному изменению цены . Чтобы включить экономические механизмы управления здравоохранением, необходимо определять формы оплаты медицинской помощи, объемы ее финансирования, а следовательно, цены медицинских услуг.

На сегодняшний день выделяют 10 названий единиц расчета цены, а именно цена:

- рассчитанная на одну простую медицинскую услугу;

- рассчитанная на одного пролеченного больного по данной нозологической форме;
- одного посещения;
- одного койко-дня;
- одного пациенто-дня (по рекомендации ВОЗ);
- одного вызова скорой помощи;
- одного дня пребывания в дневном стационаре;
- одной условной единицы (в санэпидслужбе);
- одной условной единицы трудоемкости (в стоматологии);
- одной зубопротезной единицы.

Также важно учитывать особенности восприятия цены медицинской услуги. Главная особенность это сформировавшееся представление о том, что медицинские услуги должны предоставляться бесплатно. Механизм формирования платных медицинских услуг в настоящее время в большей степени отвечает законам рынка.

Ценообразование в рынке платных медицинских услуг определяется спросом и предложением на них. Поэтому в рынке платных услуг имеет смысл анализировать степень ценовой эластичности.

Как известно, закон предложения гласит, что производители сочтут выгодным направить большее количество ресурсов на производство данного товара при относительно более высоком уровне цены на него, чем при более низком^а.

С другой стороны, потребители медицинских услуг при высоких ценах покупают меньше, чем при низких. Теоретически соотношение между спросом и предложением определяет рыночную цену на оказываемую медицинскую услугу.

ТЕМА №15. Оплата труда медицинских работников

Принципиальную роль и особое место в регулировании труда и в трудовых отношениях занимают вопросы оплаты труда. Проблема оплаты труда — одна из самых трудноразрешимых в экономике любого типа. К тому же это не только экономическая, но в не меньшей степени социальная проблема, источник социальных напряжений в обществе.

Оплата труда рассматривается многими экономистами как основной инструмент побуждения и непрерывного поддержания интереса работника к высокопроизводительной отдаче своих трудовых усилий.

Механизм этой связи по замыслу прост: «больше и лучше работаешь — больше платят, а если больше платят — работаешь еще больше и лучше».

В итоге должно возникать самопобуждение роста производительности труда, ограниченное разве что только предельной, высшей производительностью, поднять которую при данном уровне

техники, технологии, организации невозможно, сколько ни плати. Таков мудрый замысел, который практически очень непросто воплотить в жизнь.

Оплата труда — главный источник, основная форма денежных поступлений работника, образующая основу его денежных доходов. Тот, кто нанимает работника, обязан компенсировать ему затраты труда, расходование рабочей силы денежной выплатой в виде заработной платы. Одна из самых вечных проблем экономики — каким количеством денег компенсировать затраты труда. К тому же заработная плата должна не только возмещать трудовые затраты работника, но и стимулировать интерес к качественному труду.

Основные функции оплаты труда:

1. воспроизводственную, заключающуюся в том, что денежные выплаты

ра ботникам в форме оплаты их труда должны обеспечивать возможность воспроизводить рабочую силу, воссоздавать трудовой потенциал;

2. компенсационную, состоящую в том, что денежное вознаграждение за труд должно возмещать, компенсировать затраты рабочей силы, энергии в процессе выполнения трудовой деятельности, возможный ущерб, наносимый здоровью работника;

3. стимулирующую, создающую материальную заинтересованность работника в повышении качества и эффективности работы, росте производительности труда;

4. распределительно-оценочную, в соответствии с которой часть денежных доходов, получаемых организацией, предприятием, учреждением, распределяется между работниками в форме оплаты их труда согласно их трудовому вкладу, вследствие чего заработная плата служит одним из способов оценки их трудовой деятельности.

В зависимости от исходного принципа, закладываемого в основу определения величины заработной платы отдельного работника, различают три основные формы оплаты труда: повременную, сдельную и договорную (контрактную).

Сдельная форма оплаты труда основывается на установлении заработной платы в зависимости от объема (количества) выполненной работы, оказанных услуг за определенный период времени (чаще всего — за месяц). Базовая формула расчета величины заработной платы, устанавливаемой по сдельной системе, имеет вид

$$ЗП = F_j \times РЦ_1 + V_2 \times РЦ_2 + \dots + V_n \times РЦ_n, \quad (2.5)$$

где ЗП — заработная плата работника в денежном измерении; F_j , $V_2 \dots V_n$ — объемы соответственно первого, второго, n -го вида работ, услуг, выполненных работником за оплачиваемый период; $РЦ_1$, $РЦ_2 \dots РЦ_n$ — расценки (плата за единицу объема данного вида работ, услуг) соответственно первого, второго, n -го вида работ, услуг; n — количество видов работ, услуг, выполненных работником за оплачиваемый период.

Достоинство сдельной формы оплаты труда состоит в том, что величина заработной платы непосредственно связана с количеством затраченного труда, измеренным в виде объема выполненной работы. Однако как было показано выше, в здравоохранении исключительно трудно установить, измерить объем выполненных сотрудником работ, услуг в натуральном исчислении, в естественном измерении. К тому же если выполненная работа носит групповой, коллективный характер, то приходится либо выделять долю объема работ, услуг, выполненных каждым работником, либо исчислять сдельную заработную плату в расчете на весь коллектив и затем делить ее между членами коллектива в соответствии с мерой их участия в труде, определяемой обычно так называемым коэффициентом трудового участия (КТУ). Не менее сложна задача установления расценок, т.е. уровня оплаты единичной работы, услуги или единицы объема в зависимости от их трудоемкости, сложности.

При сдельно-прогрессивной оплате расценки повышаются в соответствии с перевыполнением норм выработки без снижения качества услуг.

Сдельно-премиальная система предусматривает увеличение расценок или всей суммы заработной платы за высокое качество работы, экономное расходование материалов и энергии, применение прогрессивных методов труда, бережное отношение к оборудованию, оказание дополнительных услуг. Но, наряду с премиями, могут применяться и отрицательные премии в

виде штрафов за нарушение правил, низкое качество работы, нанесение материального ущерба.

Аккордная система основана на повышении расценок или общей величины заработной платы, если работы, услуги выполняются ускоренным образом, в сокращенные в сравнении с нормативными сроки, во внеурочное время. При применении аккордной системы заработная плата устанавливается обычно не за выполнение отдельных операций, процедур, видов услуг, а за всю работу в целом и не обязательно привязываться к месячному сроку.

Центральная проблема применения сдельной формы оплаты труда состоит в определении расценок на единичные работы, услуги.

Прямая сдельная расценка (ПРЦ) может быть рассчитана по формуле

(2.6)

$$\text{ПРЦ} = \text{ТС} \times \text{НТР},$$

где ТС — тарифная ставка почасовой оплаты труда медицинского работника, разряд которого соответствует характеру, виду выполняемой работы, услуги; НТР — нормативная трудоемкость выполнения единичной работы, услуги в часах.

Подобная жесткая привязка расценок к установленным тарифным ставкам унаследована от централизованно управляемой плановой экономики. В условиях

становления рыночных отношений правомерен иной подход, при котором расценки единичных работ, услуг даже в государственном секторе здравоохранения устанавливаются с учетом их рыночных уровней, определяемых взаимодействием спроса и предложения на данный вид услуг.

Повременная форма оплаты труда наиболее распространена в здравоохранении, ей принадлежит ведущее место в бюджетной сфере, финансируемой из средств федерального, регионального и местных бюджетов и фондов обязательного медицинского страхования. Это достаточно простая и удобная форма, но и ее применение порождает ряд проблем. Базовая формула, по которой устанавливается заработная плата работника, имеет вид

$$\text{ЗП} = \text{ОВ} \times \text{ТС}, \quad (2.8)$$

где ЗП — фактически отработанное время в часах, регистрируемое в таблице (ведомости учета рабочего времени) за оплачиваемый период; ТС — часовая тарифная ставка оплаты труда работника данной категории, установленная в соответствии с тарифной сеткой или иным способом.

Если величина отработанного времени строго соответствует нормативно установленной для данной категории работников, то произведение этого времени на тарифную ставку представляет должностной оклад. Тарифные месячные оклады могут устанавливаться непосредственно и представлять тем самым месячную тарифную ставку.

В общем случае тарифная ставка есть выраженный в денежной форме абсолютный размер оплаты труда различных категорий работников в единицу времени. Размеры тарифных ставок оплаты труда работников бюджетной сферы фиксируются в утверждаемой Правительством Российской Федерации Единой тарифной сетке, образующей основу тарифной системы оплаты труда (повременной системы, основанной на единых тарифах).

Тарифная сетка представляет совокупность разделенных по разрядам оплаты труда тарифных ставок (месячных окладов) и тарифных коэффициентов, представляющих отношение тарифной ставки данного разряда к ставке первого разряда.

Размеры тарифных коэффициентов тарифной сетки относительно устойчивы, тогда как тарифные ставки постоянно меняются. Обычно такое изменение происходит в сторону повышения ставок в целях индексации доходов, т.е. учета в доходах фактора инфляции, вызывающего снижение реальных доходов в связи с ростом цен на потребительские товары и услуги.

Минимальная тарифная ставка в тарифной сетке примерно соответствует существующему, законодательно закрепленному во всех странах минимальному размеру оплаты труда, величина которого также периодически пересматривается в сторону повышения. Тарифная сетка представляет средство дифференциации величины оплаты труда работников в зависимости от их квалификации и квалификационного Уровня выполняемых ими работ, характеризуемого тарифным разрядом. При определении разряда оплаты труда медицинских работников используются сборники квалификационных характеристик, которыми должен обладать сотрудник медицинского учреждения, претендующий на данный разряд. Тем не менее определяющую роль в установлении разряда призвана играть аттестация медицинских работников с участием высокопрофессиональных экспертов и накопленные руководством медицинского учреждения сведения о реальном опыте и качестве работы персонала. Немаловажную роль играет и образовательный уровень работника.

Наряду с простой повременной, известна повременно-премиальная оплата труда, в которой, кроме тарифного оклада, работник получает дополнительное денежное вознаграждение в виде премий за достижение количественных и качественных результатов, показателей. Премия может устанавливаться руководством медицинской организации в абсолютном исчислении либо в процентах к тарифному окладу.

По мере вхождения страны в рыночные отношения целесообразно переходить к смешанной форме оплаты труда, сочетающей признаки и свойства повременной и сдельной системы. Одновременно необходимо модернизировать повременную систему в направлении достижения большей вариантности тарифной части оплаты и дополнения тарифной части весомой нетарифной составляющей, отражающей текущую результативность работы. При подобном комбинированном подходе структура формирования заработной платы получает вид, изображенный на рис. 5.

В рамках приводимой схемы изменение тарифной части оплаты труда предусматривает введение повышенных тарифов оплаты труда тех работников отрасли здравоохранения и тех видов их трудовой деятельности, которые стабильно обладают высокими социальными приоритетами, определяющими их значение для здоровья населения страны в целом.

Нетарифная часть включает премиальную составляющую, представляющую материальное поощрение за особые заслуги в текущей производственной деятельности, выходящие за пределы исполнения должностных, служебных обязанностей. Вторая составляющая нетарифной части в виде дополнительных выплат делится на две категории.

Надбавки к заработной плате выплачиваются за высокую интенсивность труда, за повышение квалификации и другие достижения.

Согласно нормативным документам, имеются следующие основные виды надбавок:

- за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения;
- за сложные и тяжелые условия труда;

- за применение в работе достижений науки и передовых методов труда;
- за высокие достижения в работе;
- за выполнение особо важных и срочных работ;
- за напряженность в труде.

Компенсационные доплаты связаны с дополнительными трудовыми затратами или работой в условиях, отличающихся от нормальных. Для работников здравоохранения предусмотрены следующие виды доплат:

- за работу в ночное время;
- за работу с разделением смены на части;
- за совмещение должностей;
- за работу в выходные и праздничные дни;
- за дежурство на дому в нерабочее время;
- гарантийные доплаты несовершеннолетним работникам в связи с сокращением их рабочего дня.

Смешанная система оплаты труда, в которой относительно жесткая, заданная извне тарифная составляющая (изменение величины которой требует перехода в другой разряд) дополняется рядом дополнительных выплат, приобретает гораздо более высокую гибкость в сравнении с чисто тарифной. Оплата труда медицинских работников, величина которой существенным образом зависит от объема и качества оказываемой медицинской помощи, получила название системы дифференцированной оплаты труда. Дифференциация оплаты в такой системе имеет место как между отдельными работниками одной и той же категории, так и между подразделениями лечебно-профилактических учреждений.

Принципиальным образом на заработную плату медицинских работников влияет не только способ установления величины этой платы для каждого из них, но в еще большей степени — общая сумма денежных средств медицинского учреждения, которыми оно располагает для оплаты труда.

Каждое лечебно-профилактическое учреждение ежегодно, ежеквартально, ежемесячно формирует и уточняет фонд оплаты труда (ФОТ) исходя из имеющихся в наличии и предвидимых денежных поступлений и с учетом налоговых отчислений, которые приходится оплачивать из этого фонда. Естественно, что не все свои денежные доходы медицинское учреждение вправе использовать на формирование фонда оплаты труда работников.

Часть полученных из разных источников денежных средств затрачивается на возмещение материальных расходов в виде лекарственных средств, предметов ухода за больными, на ремонт и обновление основных средств производства в виде так называемой амортизации основных средств, на дополнительные расходы, например на обучение работников, командировки, на уплату налогов, процентов по полученным кредитам и на другие нужды.

Часть денежных поступлений медицинского учреждения, непосредственно используемая для выплаты заработной платы работникам в соответствии с установленными ставками, нормами, именуется фондом заработной платы. Понятие «фонд заработной платы» несколько отличается от термина «фонд оплаты труда». Фонд заработной платы обычно представляет основную часть фонда оплаты труда, который может превышать фонд заработной платы на величину резервных средств, дополнительных к зарплате поощрительных выплат, отдельных платежей, непосредственно связанных с оплатой труда.

Фонд оплаты труда медицинских учреждений принято делить на

следующие составляющие его фонды:

- оплаты труда основного персонала;
- оплаты труда персонала параклинические учреждений;
- оплаты труда персонала вспомогательных подразделений;
- оплаты труда административно-хозяйственного и управленческого персонала;
- оплаты отпусков;
- материального поощрения.

В самом общем случае медицинское учреждение может получать доходы в денежной форме из трех основных источников:

- 1) бюджета (федерального, субъекта Федерации, местного);
2. средств обязательного медицинского страхования (ОМС) в соответствии с заключенными договорами на предоставление медицинских услуг за счет ОМС;
3. средств, поступающих от организаций и лиц в счет оплаты услуг, предоставляемых на платных, коммерческих началах.

Огромное влияние на оплату труда оказывает общественная психология работников и трудовых коллективов. Работники склонны считать повышение оплаты труда приведением ее в соответствие с потребностями людей, с ценами на товары и услуги, а не стимулом роста эффективности.

В лучшем случае рост заработной платы воспринимается как временный стимул, нуждающийся в непрерывном возобновлении. К тому же снижение заработной платы как экономическое наказание за плохой труд в российской экономике практически не применяется, а лишение нерадивого работника __