Шадринский филиал

ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»

**Сборник лекций**

**специальность «Лечебное дело»**

**ПМ 06 «Организационно – аналитическая деятельность»**

**МДК 06.01 «Организация профессиональной деятельности»**

**Раздел 3 «Экономические основы здравоохранения»**

Шадринск 2019

Сборник лекций, специальность «Лечебное дело», ПМ 06 «Организационно – аналитическая деятельность», МДК 06.01 «Организация профессиональной деятельности», Раздел 3 «Экономические основы здравоохранения» / Алленова Е.И. – Шадринский филиал ГБПОУ «КбМК». - Шадринск, 2019. - 46 с.

Содержание сборника лекций соответствует требованиям рабочей программы ПМ 06. Организационно–аналитическая деятельность, по специальности «Лечебное дело». Составитель обобщил научный опыт ведущих специалистов в области общественного здоровья, практический опыт фельдшеров ФАП, скорой медицинской помощи, здравпунктов образовательных организаций и промышленных предприятий.

© Алленова Е.И.

© Шадринский филиал

ГБПОУ КбМК, 2019

Содержание

1. Экономические основы и источники финансирования здравоохранения……………………………………………………………...4
2. Формы собственности. Рыночные отношения……………………………12
3. Общественное здоровье как экономическая категория……………….….18
4. Рынок медицинских услуг………………………………………………….21
5. Маркетинг в здравоохранении……………………………………………..26
6. Особенности услуг в здравоохранении.Анализ экономической деятельности ФАПа, здравпункта образовательных учреждений и производственных предприятий, СМП……………………………………34

**ЛЕКЦИЯ №1. Экономические основы и источники финансирования здравоохранения**

**План:**

1. **Здравоохранение как отрасль экономики**
2. **Значение здоровья как экономической категории**
3. **Экономические проблемы развития здравоохранения**
4. **Основные источники финансирования здравоохранения**
5. **Основные источники финансирования ФАПа на муниципальном уровне**
6. **Здравоохранение как отрасль экономики**

Термин «экономика» обозначает не только реальную хозяйственную практику, но и систему специальных наук, изучающих экономические отношения в обществе. Экономика здравоохранения является частью, с одной стороны, общенациональной хозяйственной практики, а с другой, экономической науки. Что позволяет рассматривать предмет экономики здравоохранения как частный случай предмета изучения экономической науки. Следовательно, можно сказать, что экономика здравоохранения есть наука о хозяйственной деятельности людей в сфере здравоохранения, изучающая объективные экономические законы его развития, возможности применения экономических закономерностей к вопросам охраны здоровья населения.

Выделение экономики здравоохранения в область самостоятельных научных знаний произошло во второй половине 20 века. Этому способствовало два обстоятельства. Во– первых, здравоохранение стало крупной отраслью народного хозяйства, впитывающая в себя большие материальные, финансовые, трудовые и прочие ресурсы, которые всегда оказываются ограниченными. Это породило проблему их рационального использования. Во– вторых, стало очевидно, что здравоохранение есть отрасль народного хозяйства экономически весьма выгодна. Инвестиции в человека, в охрану и укрепление его здоровья оказались весьма прибыльным делом.

Среди основных причин выделения экономики здравоохранения в самостоятельную науку можно назвать следующие:

1. во-первых, именно в 20 веке здравоохранение сформировалось в крупнейшую отрасль хозяйства страны. Оно стало одной из ресурсоемких отраслей, которая аккумулирует в себе большой объем материальных, трудовых, финансовых, информационных и других ресурсов. В связи с этим, естественно, назрела проблема рационального планирования и эффективного использования этих ресурсов;
2. во-вторых, с развитием современной медицинской науки и техники увеличился объем предлагаемых медицинских услуг и, соответственно, спрос на них, поэтому возникла необходимость регулирования спроса и предложения в здравоохранении в условиях рыночной экономики;
3. в-третьих, именно в 20 веке изменились роль и место здравоохранения в [системе общественного производства](http://zodorov.ru/uchebno-prakticheskoe-posobie-dlya-studentov-spec-260807-tehno.html). Расширяется интеграция здравоохранения с другими отраслями, что положительно сказывается на эффективности работы самой системы здравоохранения;
4. в-четвертых, здравоохранение, формируя общественное здоровье и воздействуя на потенциал рабочей силы, все больше стало вовлекаться в процессы воспроизводства. Именно в 20 веке здравоохранение стало рассматриваться как перспективная отрасль инвестиций частного или государственного капитала в программы, связанные с укреплением здоровья населения, что экономически выгодно и приносит реальный доход обществу;
5. в-пятых, переход от плановой к рыночной экономике, формирование в здравоохранении рыночных отношений обусловили действие в системе здравоохранения таких общих экономических законов, как закон спроса и предложения, закон возрастающих предельных издержек и др.

В настоящее время в структуре экономических знаний выделяют четыре основных направления:

1. экономика (экономическая теория) как базовая, фундаментальная научная дисциплина;
2. отраслевые экономические науки, в [задачи которых входит исследование](http://zodorov.ru/programma-vitalenij-skrining-vklyuchaet-v-sebya-sleduyushee.html) особенностей экономических процессов в определенной отрасли (сюда относится и экономика здравоохранения);
3. прикладные экономические науки: бухгалтерский учет, финансы и кредит, менеджмент, маркетинг;
4. специальные экономические науки, развивающиеся на стыке экономики и других гуманитарных и естественных наук: экономическая география, экономическая история, экономическая статистика, хозяйственное право и др.

Экономика здравоохранения **–** это отраслевая экономическая наука, которая исследует действие объективных экономических законов, а также различных условий и факторов, влияющих на уровень удовлетворения потребностей населения в сохранении и укреплении здоровья. Естественно, что экономика здравоохранения развивается в тесной взаимосвязи с другими родственными ей экономическими науками. У экономической теории экономика здравоохранения заимствует терминологию и основные экономические законы.

В здравоохранении, как и в любой другой области знаний, могут быть выделены профессиональный и экономический аспекты деятельности. Профессиональный аспект составляет лишь медицинскую сторону деятельности. Экономический – предполагает изучение хозяйственных процессов в медицинской деятельности.

Действительно, ни один вид профессиональной деятельности не может осуществляться в отрыве от экономической деятельности. От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профилактической и лечебно-диагностической деятельности, решение многих проблем, существующих в [настоящее время в этой отрасли](http://zodorov.ru/3-3-swot-analiz-gornodobivayushej-otrasli-v-celom.html). Следовательно, экономику здравоохранения можно определить как комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности в области охраны здоровья населения.

Предметом экономики здравоохранения являются экономические отношения, которые возникают и складываются между людьми в процессе оказания медицинских услуг. Взаимоотношения между людьми в профессиональной деятельности можно разделить на две группы: организационно-экономические и социально-экономические. Характер организационно-экономических отношений определяется технологией самого профилактического и лечебно-диагностического процесса и отражает общие черты, присущие всем типам медицинских учреждений (стационары, поликлиники, диагностические центры и т.п.). Примером организационно-экономических отношений может служить система финансирования лечебно-профилактических учреждений, которая включает в себя методологию формирования бюджета, учета расходов, оплаты труда, ценообразования и т. д. Анализ социально-экономических отношений дает возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности организаций здравоохранения, которые функционируют в различных условиях и в различных [организационно-правовых формах](http://zodorov.ru/organizacionno-pravovaya-forma.html) (государственные, муниципальные, частные и др.). Например, размер и порядок начисления заработной платы существенно различаются в этих учреждениях при равном объеме и качестве оказываемых медицинских услуг.

Экономические отношения в системе здравоохранения могут рассматриваться на четырех уровнях:

1. метаэкономическом;
2. макроэкономическом;
3. медиумэкономическом;
4. микроэкономическом.

Метаэкономический (мировой) уровень. На этом уровне формируются межнациональные экономические отношения систем здравоохранения различных государств с интеграцией их в мировую экономику. Координатором этих процессов выступает Всемирная организация здравоохранения. Здесь решаются следующие задачи:

1. разработка, экономическое обоснование и финансирование целевых программ по профилактике и борьбе с важнейшими инфекционными и неинфекционными заболеваниями;
2. координация и интеграция в разработке современных медицинских технологий, производстве лекарственных средств и медицинской техники;
3. финансирование проведения медико-биологических исследований и подготовки специалистов.

Макроэкономический (федеральный) уровень – это взаимодействие системы здравоохранения с другими отраслями народного хозяйства. На этом уровне отношения складываются в рамках национальной экономики прежде всего в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением. Здесь реализуются следующие основные задачи:

1. определение доли государственных расходов на здравоохранение (процент от ВНП);
2. разработка и экономическое обоснование федеральных целевых программ в [области охраны здоровья населения](http://zodorov.ru/departament-ohrani-zdoroveya-naseleniya-kemerovskoj-oblasti.html);
3. разработка механизмов обеспечения сбалансированности объемов государственных гарантий в предоставлении населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства;
4. разработка и внедрение системы стратегического планирования и финансирования здравоохранения;
5. разработка и реализация инвестиционной политики здравоохранения;
6. разработка законодательной базы для создания конкурентной среды на рынке медицинских услуг;
7. разработка и экономическое обоснование программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Медиумэкономический (региональный) уровень – это экономические отношения внутри самой системы здравоохранения. На этом уровне разрабатываются и решаются следующие задачи:

1. определение доли расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете субъекта РФ;
2. разработка и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
3. экономическое обоснование потребности населения субъекта РФ в различных видах медицинской помощи и перспектив развития сети организаций здравоохранения с учетом демографических особенностей, структуры и уровня заболеваемости населения;
4. формирование подушевого норматива финансирования системы здравоохранения субъекта РФ;
5. совершенствование механизмов финансирования отдельных организаций и самой системы здравоохранения на региональном уровне;
6. контроль за соблюдением норм и правил бюджетного и налогового законодательства;
7. анализ экономической эффективности использования ресурсов здравоохранения;
8. создание мониторинга финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения.

Микроэкономический (учрежденческий) уровень охватывает деятельность каждого отдельного лечебно-профилактического учреждения, его структурных подразделений. На этом уровне реализуются следующие задачи:

1. анализ экономической эффективности использования ресурсов в отдельной организации здравоохранения;
2. ведение бухгалтерского, налогового и статистического учета;
3. реализация системы муниципальных, государственных заказов и договоров на оказание населению бесплатной медицинской помощи;
4. привлечение дополнительных (внебюджетных) средств для финансирования организаций здравоохранения;
5. формирование бюджета организаций здравоохранения.

В [действительности задачи этих четырех](http://zodorov.ru/hotya-cikl-trikarbonovih-kislot-zanimaet-centralenoe-mesto-v-e.html) уровней тесно взаимосвязаны и решаются, как правило, комплексно.

**3. Экономические проблемы развития здравоохранения**

Среди множества проблем, которые накопились в сфере здравоохранении, на современном этапе можно выделить следующие основные группы проблем:

Первая группа проблем связана с поиском оптимального соотношения платного и бесплатного обслуживания в сфере [здравоохранении](http://zodorov.ru/zdravoohranenii.html). С учетом того, что эта проблема носит не только экономический, но, прежде всего, политический и социальный характер, решение ее зависит от комплекса факторов:

1. необходимости соблюдения конституционных норм по охране здоровья граждан;
2. уровня платежеспособности граждан;
3. объема ресурсов, выделенных государством для обеспечения нормального функционирования системы здравоохранения и предоставления населению гарантированной (бесплатной) медицинской помощи;
4. выбранной модели здравоохранения (бюджетной, бюджетно-страховой, частной).

Вторая группапроблем связана с необходимостью совершенствования системы оплаты медицинской помощи, действующей в условиях острейшего дефицита финансовых ресурсов. При этом система оплаты труда должна:

1. обеспечивать приоритет профилактического направления в здравоохранении;
2. сдерживать действующий в настоящее время затратный механизм финансирования;
3. ориентировать на развитие прежде всего первичной медико-санитарной помощи;
4. обеспечить процессы реструктуризации (оптимизации) сети учреждений здравоохранения (число, профиль, мощность) с учетом реальной потребности населения в амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи и приоритета развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи;
5. обеспечить минимизацию административных расходов финансирующей стороны и в самих организациях здравоохранения;
6. привести к повышению оплаты труда медицинских работников [с учетом объема и качества выполненной](http://zodorov.ru/kliniko-epidemiologicheskaya-harakteristika-vich-infekcii-u-de.html) работы.

Третья группа проблем связана с необходимостью определить оптимальное сочетание плановых и рыночных механизмов в здравоохранении. Актуальность этой проблемы подчеркивается тем, что:

1. в здравоохранении России на сегодняшний день отсутствует четкая законодательная и концептуальная основа для разумного соотношения плановых и рыночных механизмов управления отраслью и ее финансирования:
2. переход на бюджетно-страховую модель реформирования здравоохранения, с одной стороны, вызвал необходимость усиления роли государства в системе мер охраны здоровья граждан. С другой стороны, происходит формирование механизмов рыночной экономики (появление организаций здравоохранения с различной формой собственности, элементы рыночного ценообразования на медицинские услуги, установление договорных взаимоотношений между хозяйствующими субъектами, ограничение вмешательства государства в деятельность организаций здравоохранения и др.).

Четвертая группа проблем связана с необходимостью оценки медицинской, социальной и экономической эффективности здравоохранения. Следует подчеркнуть: эти [проблемы в здравоохранении приобретают](http://zodorov.ru/osobennosti-pitaniya-pojilih-lyudej.html) особую сложность, что связано со следующими обстоятельствами:

1. отсутствием общепринятых критериев для оценки медицинской, социальной и экономической эффективности здравоохранения в целом и медико-социальных программ в частности;
2. отсутствием единой методологической базы для проведения сравнительного анализа эффективности показателей.

Пятая группапроблем связана с потребностью создания финансово-хозяйственного мониторинга в отрасли. Это обусловлено, прежде всего, необходимостью:

1. создания механизмов «прозрачного» прохождения финансовых ресурсов в системе здравоохранения;
2. анализа экономической эффективности деятельности системы здравоохранения;
3. совершенствования бухгалтерского учета и отчетности в организациях здравоохранения;
4. разработки новых методов учета основных фондов;
5. разработки методологии формирования консолидированного бюджета системы здравоохранения и отдельных организаций здравоохранения.

Поиск путей и механизмов решения этих и других экономических [проблем современного здравоохранения](http://zodorov.ru/osobennosti-klinicheskogo-techeniya-medikamentoznogo.html) – .является сегодня самым приоритетным для государства.

**4.Основные источники финансирования здравоохранения**

Здравоохранение как отрасль экономики требует соответствующего уровня финансирования для обеспечения своей деятельности. В настоящее время оказание бесплатной медицинской помощи гражданам РФ осуществляется за счет средств бюджета (федерального, регионального, муниципальных образований), средств Фондов обязательного медицинского страхования (федерального – ФФОМС и территориального - ТФОМС). Эту модель финансирования называют бюджетно – страховой. Она предполагает взаимодействие средств различных источников и представляет собой пример многоканального финансирования здравоохранения.

Финансы **–** это денежные средства, а также отношения, возникающие в связи с получением, хранением, накоплением, передачей, распределением, обменом, предоставлением в долг денежных средств, превращением их из одной формы в другую.

Финансовые ресурсы – денежные средства, формируемые в результате экономической и финансовой деятельности, в процессе создания и распределения валового внутреннего продукта, аккумулируемые государством и субъектами хозяйствования в целях последующего использования для обеспечения экономических процессов.

Финансирование в здравоохранении – представление финансовых ресурсов экономическим субъектам – отраслями и сферами хозяйства страны, регионам, предприятиям, предпринимателям, населению и его отдельным группам, а также целевое выделение таких средств, для осуществления программ или экономических и социальных мероприятий.

Источники финансирования здравоохранения:

1. внешние источники
2. внутренние источники (самофинансирование).

К внешним источникам финансирования здравоохранения относятся:

1. различные уровни бюджета (федеральный, региональный, муниципальный);
2. средства ОМС;
3. средства ДМС;
4. средства благотворительных фондов;
5. кредиты, ссуды, лизинг, факторинг.

Внутренние источники финансирования здравоохранения:

1. рыночные источники – доходы медицинской организации, образующиеся в результате продажи медицинской услуги (по рыночным ценам).
2. Нерыночные источники – доходы медицинской организации, образующиеся в результате перераспределения денежных доходов населения и организации в пользу данных организаций.

Таким образом, единый фонд финансовых средств организации создают из самых разных источников финансирования. При этом основным источником до последнего времени оставались средства бюджета, выделяемые в соответствии с долговременными экономическими нормативами. Нормативы бюджетного финансирования устанавливают в расчете на одного жителя в год, лечение одного больного по профилю заболевания и оказания различных видов медицинских услуг. Эти нормативы разрабатывают региональные органы управления.

Финансирование медицинской организации осуществляют в соответствии со сметой. Смета – финансовый план расходов, необходимых для работы медицинской организации в следующем году, и включает расходы на содержание зданий и оборудование, развитие материально – технической базы, коммунальные и транспортные услуги, заработную плату работникам, расходы на оказание бесплатной медицинской помощи, объем которой определен программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

Смету составляют с учетом сметы текущего года с коррекцией на изменение цен в следующем году (на коммунальные и транспортные услуги), с необходимостью ремонта и закупок оборудования, повышением заработной платы. После утверждения сметы расходов для медицинской организации в банке открывают кредит. Расходование средств осуществляют согласно утвержденной смете.

Поступления за услуги, оказанные сверх нормативов бесплатной медицинской помощи, выполнение работы по договорам с предприятиями, добровольные взносы предприятий и благотворительных фондов служат дополнительными источниками финансирования. Расходование этих средств также осуществляют согласно утвержденным финансовым планам, представляющим собой план доходов и план (или смету) расходов. Расходы планируют по фонду: оплаты труда (на заработную плату), материального поощрения и производственного и социального развития организации.

Наличие нескольких источников финансирования системы здравоохранения снижает контроль целевого и рационального использования средств и обеспечения надлежащего качества оказания медицинской помощи.

Переход преимущественно к одноканальной форме финансирования призван повысить контроль. Одноканальное финансирование регламентирует поступление основной части средств из системы обязательного медицинского страхования, при этом оплату медицинской помощи будут осуществлять по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг. Приобретение дорогостоящего оборудования и капитальный ремонт по – прежнему будут осуществляться из бюджетных средств.

Систему сметного финансирования на основе планируемых затрат постепенно заменит расчет стоимости лечения по законченному случаю с использованием стандартов медицинской помощи в полном объеме с учетом всех реальных затрат.

В основе финансирования амбулаторно – поликлинической помощи лежит принцип подушевого финансирования. Подушевой норматив финансирования программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи – некая сумма, которую государство может потратить на лечение одного человека. Она складывается из бюджетных ассигнований и субвенций ФФОМС. Субвенция – вид денежного пособия местным органам власти, выделяемого на определенный срок на конкретные цели и подлежащего возврату в случаю нецелевого использования или использования не в установленные ранее сроки.

В условиях преимущественно одноканального финансирования объем средств, поступающих для оказания бесплатной амбулаторно – поликлинической помощи населению, определяет подушевой норматив и число всех прикрепленных к медицинской организации граждан, а не количество приемов пациентов.

Фактическая стоимость одного вызова СМП в 2011г. составляла 991,9 руб., в 2013г. – 1435,6 руб., увеличение произошло за счет средств ФФОМС.

Кроме того, на 38,9% увеличен норматив расхода на оказание медицинской помощи, оказываемой в иных условиях, включающий расходы на санитарную авиацию.

В настоящее время усилен контроль использования средств, выделенных из бюджета ФФОМС на денежные выплаты медицинским работникам, которые оказывают ПМСП, в их числе медицинскому персоналу ФАПов, фельдшерам и медицинским сестрам станций (отделений) СМП.

Внедрение одноканального финансирования медицинской организации должно повлечь за собой:

* 1. Повышение качества медицинской помощи (услуг и интенсивности лечения);
  2. Рациональное использование ресурсов;
  3. Активизацию и повышение эффективности профилактической работы в первичном звене;
  4. Внедрение технологий, сберегающих здоровье.

Введение единых медицинских стандартов оказания стационарной медицинской помощи и подушевое финансирование амбулаторно – поликлинической медицинской помощи обеспечат гражданам равнодоступность медицинской помощи.

**5.Основные источники финансирования ФАПа на муниципальном уровне**

Фельдшерско – акушерский пункт (ФАП) – структурное подразделение лечебно – профилактического учреждения, осуществляющего доврачебную первичную медико – санитарную помощь в сельской местности.

ФАПы создаются для медицинского обслуживания 700 человек и более при расстоянии 2 километра и более от медицинского учреждения. В функции ФАПа входит:

1. оказание доврачебной медицинской помощи;
2. своевременное выполнение назначений врача;
3. проведение профилактической работы;
4. проведение противоэпидемиологической помощи;
5. организация патронажа беременных женщин, детей;
6. проведение мероприятий по снижению младенческой и материнской смертности;
7. гигиеническое обучение и воспитание населения.

Основными принципами организации лечебно – профилактической помощи являются:

1. единство профилактики и лечения;
2. общедоступность, высокий уровень квалификации медицинских работников;
3. максимальное приближение медицинской помощи к населению - развитие всех звеньев первичной медико – санитарной помощи;
4. преемственность в работе, единство стационарной и амбулаторно – поликлинической помощи.

Фельдшерско – акушерский пункт относится к муниципальной системе здравоохранения. Одной из самых сложных проблем муниципального здравоохранения является его финансирование, которое носит многоканальный характер. (рисунок 1).

**Источники финансирования муниципального здравоохранения**

Платные медицинские услуги

Добровольное медицинское страхование

Фонд ОМС

Бюджетные средства

Рисунок 1. Источники финансирования муниципального здравоохранения.

За счет бюджетных средств финансируются профилактические мероприятия, обеспечиваются санитарно – эпидемиологическое благополучие на территории, детское здравоохранение, лечение отдельных заболеваний и т.п.

Система обязательного медицинского страхования состоит в бесплатном предоставлении гражданам за счет средств государственного внебюджетного Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) определенного набора медицинских услуг. Этот набор определяется в перечнях, утверждаемых органами государственной власти субъектов РФ и органами местного самоуправления (региональные и муниципальные программы обязательного медицинского страхования). Источником средств ФОМС являются страховые взносы, уплачиваемые работодателями за своих работников в составе единого социального налога. Нормативы взносов устанавливаются федеральным законом. За неработающее население страховые взносы до недавнего времени выплачивались из местных бюджетов, причем муниципальные образования были крупными должниками ФОМС. Затем эти функции были переданы органам государственной власти субъектов РФ.

Страховые организации, в распоряжение которых поступают средства ФОМС, заключают договоры с ЛПУ (в состав которого входит ФАП) и оплачивают оказанные ими медицинские услуги по фактически пролеченному количеству пациентов и характеру оказанных услуг. Таким образом, пациент, имеющий полис обязательного медицинского страхования, в принципе имеет возможность выбора между ЛПУ, что позволяет создать конкурентную среду в медицинском обслуживании и повысить его качество. Договор добровольного медицинского страхования может быть заключен со страховой организацией гражданином, желающим получить отдельные дополнительные медицинские услуги, не включенные в региональные и муниципальные программы ОМС.

Остальные медицинские услуги оказываются на платной основе, причем органы местного самоуправления утверждают цены и тарифы на услуги, оказываемые муниципальными ЛПУ. Они устанавливаются с учетом специфики муниципальных организаций здравоохранения, вида оказываемых ими услуг, структуры потребностей в них населения, местных особенностей и др. факторов.

В качестве дополнительных источников финансирования муниципального здравоохранения могут рассматриваться доходы от ценных бумаг, банковские и другие кредиты, безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования, иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

**ЛЕКЦИЯ №2. Формы собственности. Рыночные отношения**

**План:**

1. **Формы собственности в здравоохранении (государственная, муниципальная, частная).**
2. **Формирование конкурентной среды на рынках медицинских услуг.**

**1.Формы собственности в здравоохранении (государственная, муниципальная, частная)**

Мировой опыт показывает, что здравоохранение наиболее эффективно функционирует при многообразии форм собственности. Это позволяет более эффективно использовать преимущества той или иной формы собственности и в тоже время корректировать возможные отрицательные социально – экономические последствия. Поэтому в условиях становления рыночных отношений в здравоохранении надо достичь рационального соотношения государственной и негосударственной форм собственности, государственного и негосударственного секторов. Это соотношение должно соответствовать уровню социально – экономического развития страны и обеспечивать надежную социальную защиту населения, удовлетворение его запросов и потребностей по охране и укреплению здоровья.

Многообразие форм собственности в нашей стране закреплено в ст.8 Конституции РФ «В Российской Федерации признаются и защищаются равным образом частная, государственная, муниципальная и иные формы собственности».

В соответствии с «Основами законодательства в Российской Федерации об охране здоровья граждан» действует три уровня системы здравоохранения:

1. Государственная;
2. Муниципальная;
3. Частная.

В здравоохранении на базе государственной формы собственности создаются и действуют федеральные и региональные организации. Государственный сектор в обязательном порядке обеспечивают населению гарантированный минимум услуг в сфере охраны и укрепления здоровья и принимает долевое участие в ОМС.

К федеральным организациям относятся государственные организации, имущество которых принадлежит на праве собственности федерации в целом. Это могут быть крупнейшие медицинские, научные организации. Деятельность таких организаций здравоохранения обеспечивается за счет средств федерального бюджета.

Региональные организации объединяют государственные организации, имущество которых на праве собственности принадлежит субъектами Федерации. К таким организациям в здравоохранении можно отнести крупные медицинские центры, находящиеся в собственности краевых, республиканских, областных органов власти.

К государственной системе здравоохранения относятся:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации, министерства здравоохранения республик в составе РФ;
2. Органы управления здравоохранением автономной области, автономным округов, краев, областей, городов Москва и Санкт – Петербурга;
3. Российская академия медицинских наук, Государственный комитет санитарно – эпидемиологического надзора РФ, которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики РФ, выполнению программ в сфере здравоохранения и по развитию медицинской науки;
4. Находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно – профилактические и научно – исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно – профилактические учреждения, учреждения судебно – медицинской экспертизы, службы материально – технического обеспечения, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

К муниципальной системе здравоохранения относятся:

1. Муниципальные органы управления здравоохранением;
2. Находящиеся в муниципальной собственности лечебно – профилактические и научно – исследовательские учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, учреждения судебно – медицинской экспертизы. Образовательные учреждения, которые являются юридическими лицами и осуществляют свою деятельность в соответствии с настоящими Основами, другими актами законодательства Российской Федерации, республик в составе РФ, правовыми актами автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москва и Санкт – Петербурга, нормативными актами Министерства здравоохранения РФ, министерств здравоохранения в составе РФ и органов местного самоуправления.

Муниципальные управления здравоохранением несут ответственность за санитарно – гигиеническое образование населения, обеспечение доступности населению гарантированного объема медико – социальной помощи, развитие муниципальной системы здравоохранения на подведомственной территории; осуществляют контроль за качеством оказания медико – социальной и лекарственной помощи предприятиями, учреждениями и организациями государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

Деятельность государственных организаций в здравоохранении позволяет обеспечить единое централизованное регулирование процесса создания и распределения услуг и товаров медицинского назначения с соответствующим выделением необходимых ресурсов. Этим создаются предпосылки равных возможностей для членов общества в области охраны и укрепления здоровья. В месте с тем, государственным организациям здравоохранения присущи и определенные недостатки. К ним относятся неизбежная ограниченность средств, направляемых государством на охрану и укрепление здоровья населения, бюрократический стиль управления, недостаточная заинтересованность в использовании новых технологий, оборудования, стимулов к рациональному использованию ресурсов, росту качества конечных результатов труда. Все это часто приводит к снижению результативности деятельности государственных организаций в области охраны и укрепления здоровья населения.

К частной системе здравоохранения относятся:

1. Лечебно – профилактические и аптечные учреждения, имущества которых находятся в частной собственности;
2. Лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

В частную систему здравоохранения входят лечебно – профилактические, аптечные, научно – исследовательские учреждения, образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными предприятиями, учреждениями и организациями, общественными объединениями, а также физическими лицами.

Преимущественную долю в здравоохранении составляет негосударственный сектор. Субъектами негосударственной собственности в некоммерческом секторе являются граждане и юридические лица. Негосударственные организации в индустрии здоровья создаются и действую в виде коммерческих и некоммерческих организаций. Негосударственные организации можно подразделить на два вида: действующие на основе индивидуальной и коллективной форм собственности.

**2.Формирование конкурентной среды на рынках медицинских услуг**

В современных условиях модернизации системы здравоохранения Российской Федерации крайне актуальной остается проблема поиска модели национальной системы здравоохранения, адекватной современным реалиям общества.

Прежде всего, необходимо условно охарактеризовать сегодняшнее состояние отечественной системы здравоохранения с точки зрения объективной реальности, не позволяющей на данном этапе развития общества и государства реализовать желаемые принципы маркетинговых взаимоотношений в условиях формирующегося рынка медицинских услуг. Как известно, рыночная экономика не мыслится без таких понятий как «конкуренция» и «конкурентоспособность».

Конкуренция в здравоохранении – это состояние и процесс взаимоотношений субъектов производства и потребления медицинских услуг в рамках специфической цивилизованной формы соперничества между медицинскими работниками по достижению наивысшей степени удовлетворения целевых потребностей пациента.

Основными факторами низкой, порою, абсолютно отсутствующей конкурентоспособности в современной системе здравоохранения России, являются:

1. Революционный переход от административно – плановой системы социалистического здравоохранения к неуправляемому процессу становления маркетинговых отношений в условиях эволюционного формирования рынка медицинских услуг;
2. Консервативная форма собственности медицинских учреждений, неопределенность становления и развития малого предпринимательства в существующей системе здравоохранения, не соответствующей действию классических экономических законов и условиям конкуренции и конкурентоспособности;
3. Отсутствие современных менеджеров в системе общественного здоровья, способных грамотно решать организационно – технические и экономико – управленческие проблемы и задачи лечебного учреждения;
4. Отсутствие в медицинских образовательных программах (как правило) курсов «Управление конкуренцией в здравоохранении»;
5. Неоправданная осторожность реализации методов научного планирования (системного анализа, прогнозирования, оптимизации медицинской деятельности и пр.) в условиях формирования рынка медицинских услуг;
6. Отсутствие политической воли в реализации обоснованных управленческих решений по доведению до логического внедрения в учреждениях здравоохранения современных механизмов, методов и форм постоянного повышения качества медицинской помощи.

**Конкуренция между медицинскими работниками за качественное оказание медицинских услуг**

**конкуренция между страховыми медицинскими организациями за застрахованного**

**Конкуренция между медицинскими организациями за право предоставления медицинской помощи**

**Совершенствование системы фондодержания амбулаторного - поликлинического звена**

**Осуществление свободного выбора гражданами страховой медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию**

**Размещение заданий по обеспечению государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи у медицинских организаций различных организационно – правовых форм**

**Совершенствование отраслевой системы оплаты труда, ориентированной на результат**

Рисунок 2. Конкурентная модель здравоохранения

Исследователи выделяют некоторые противоречия, возникающие при функционировании системы конкуренции в здравоохранении. В частности, к отдельным из них могут быть отнесены:

1. Противоречия между системой стимулов в здравоохранении и фундаментальными законами конкуренции (высокие цены на медицинские услуги остаются даже при избыточном предложении);
2. Противоречия между дорогостоящими медицинскими технологиями и всеобщей доступностью в получении медицинской услуги;
3. Противоречие между реальным наличием пациентов и высокой стоимостью медицинской услуг и(без улучшения качества медицинской помощи);
4. Противоречие, в котором заключена сущность того, что действующая система стимулирования медицинского труда поощряет внедрение инноваций, увеличение издержки либо повышает качество без соответствующего снижения стоимости медицинской услуги.

Учитывая, что сфера конкуренции подразделяется на определенные уровни, логично выделение следующих условных уровней конкурентной среды в сфере производства медицинских услуг:

1. Конкурентоспособность страны, республики (края, области), региона;
2. Конкурентная среда производителей медицинских услуг;
3. Конкурентная среда однопрофильных учреждений здравоохранения;
4. конкурентная среда амбулаторно – поликлинических и госпитальных медицинских учреждений.

Особенности оценки конкурентоспособности медицинских услуг заключены в следующем:

1. объектом оценки является деятельность организации (лечебно – профилактического учреждения, врачебной практики и пр.), предоставляющей медицинские услуги;
2. оценка услуг связана с оценкой качества процесса и технологии обслуживания;
3. оценка деятельности медицинских работников осуществляется непосредственно потребителем;
4. оценка временных характеристик предоставления медицинской услуги;
5. оценка предоставленной услуги по соответствию стандартам качества обслуживания (условия и культура обслуживания);
6. оценка и интегрирование субъективных мнений пациентов, получивших разовую медицинскую услугу.

Создание условий конкуренции в системе здравоохранения, запуск механизмов цивилизованного соперничества между врачами, наконец, управление конкурентоспособностью медицинских учреждений и врачебных практик – задачи, без осмысливания и решения которых невозможны качественные изменения в теперешнем состоянии отечественного здравоохранения. С позиций системности и комплексного подхода конкурентные преимущества медицинских услуг обеспечиваются правовыми, профессиональными, технологическими, рыночными, научными, экономическими, организационными, психологическими и другими аспектами, а также их системным соотношением.

После привлекательной и умеренной конкуренции на рынке медицинских услуг может быть сформировано при выполнении ряда обязательных условий формирования конкурентной среды. Выделяются следующие виды и уровни управления конкуренцией медицинских услуг.

|  |  |
| --- | --- |
| **Виды и уровни управления** | **Некоторые условия и возможные мероприятия** |
| **Уровень пациента** | * право свободного выбора врача; * обеспечение свободного доступа пациентов в медицинские учреждения и во врачебные практики; * равный гарантированный доступ к выбору поставщиков медицинских услуг; * защита прав пациентов; * система медицинского страхования; * система вневедомственного контроля качества медицинских помощи. |
| **Врачебный уровень** | * лицензирование врачей; * стандартизация медицинской деятельности; * правой лечебных учреждений и частнопрактикующих врачей зарабатывать и иметь прибыль; * система фиксированных контрактных гонораров с предварительной оплатой; * партнерские права медицинских работников; * принятие профессиональных этических норм. |
| **Уровень медицинского учреждения** | * аккредитация медицинских учреждений; * повышение качества стратегических управленческих решений; * свобода приспособления функций и организационной структуры ЛПУ к динамичным рынкам медицинских услуг; * свобода учреждений здравоохранения на самофинансирование и независимую деятельность; * система непрерывного обучения кадров; |

Рисунок 3. Условия формирования конкурентной среды на рынках медицинских услуг.

Научные, экономические и информационные задачи:

1. научное обоснование моделей конкуренции в сфере производства и потребления медицинских услуг;
2. экономические методы управления медицинскими учреждениями;
3. свобода коммерческого инвестирования в сектор здравоохранения;
4. информационная открытость рынка медицинских услуг. Административно – управленческие и организационные мероприятия;
5. демонополизация предоставления медицинской помощи;
6. устранение административного разделения и вертикального интегрирования медицинских учреждений и служб;

Вся деятельность медицинских работников посвящена важнейшей задаче – охране здоровья населения. Здоровье - благо и счастье для каждого человека и необходимое условие роста производительности труда, экономической помощи страны, благосостояния народа.

В процессе исторического развития отдельные профессиональные группы вырабатывали и старались закрепить моральные нормы, регулирующие отношения ее членов между собой и с обществом, в своеобразных уставах, кодексах, «клятвах».

**ЛЕКЦИЯ №3. Общественное здоровье как экономическая категория**

**План:**

* 1. **Значение здоровья человека для экономики страны**
  2. **Общественное здоровье как экономическая категория**.

**1.Значение здоровья человека для экономики страны**

Здоровье человека как экономическая категория – это выражение тех экономических отношений, которые объективно возникают между людьми по поводу производства и потребления услуг здравоохранения. Экономические показатели развития государства зависят во многом от состояния здоровья его граждан.

Сущность здоровья как экономической категории проявляется и в том, что любая потеря здоровья приводит к неизбежным расходам и экономическим потерям, обусловленным снижением возможностей осуществления общественно – полезной деятельности.

Экономический ущерб страны связан:

1. заболеваемостью;
2. инвалидизацией;
3. преждевременной смертностью.

Как экономическая категория здоровье – это:

1. состояние отдельного человека и общества в целом, влияющее на качество трудовых ресурсов, на производительность общественного труда, и тем самым, на динамику экономического развития общества;
2. В современных условиях перехода к интенсивному типу развития производства, здоровье, наряду с другими качественными характеристиками, приобретает роль ведущего фактора экономического роста;
3. Уровень здоровья и физического развития – одно из важнейших условий качества рабочей силы. Поэтому уже на этапе выбора специальности и профессионального обучения возникает проблема соответствия психического и физического здоровья выбранной профессии.

Задачи государства в области здравоохранения на период 2015 – 2030 гг:

1. улучшение репродуктивного , материнского и детского здоровья и перевыполнение целей в области снижения инфекционных заболеваний (например, сократить заболеваемость туберкулезом на 80%. А смертность от туберкулеза на 90%);
2. сокращение бремени неинфекционных заболеваний. Физических увечий и психических расстройств (сократить смертность на одну треть от ССЗ, рака, диабета и хронических заболеваний дыхательных путей в возрасте 30 – 70 лет.);
3. достижение всеобщего охвата услугами здравоохранения, включая защиту от финансовых рисков: не допускать разорения или дальнейшего обнищания населения из – за необходимости оплаты медицинских услуг из своих собственных средств;
4. уделение внимания социальным и экологическим факторам, определяющим состояние здоровья населения.

**2.Общественное здоровье как экономическая категория**

В общем понятии «здоровье» различают индивидуальное и общественное. Под индивидуальным здоровьем понимается личное здоровье каждого человека. Индивидуально здоровье может быть установлено на основании субъективных ощущений конкретного человека в совокупности с данными клинического обследования.

Общественное здоровье складывается из состояния здоровья каждого из членов общества. Большое влияние на его уровень оказывают политические, социальные, экономические и природные условия. Общественное здоровье как характеристика здоровья членов общества в целом не является только медицинским понятием. Оно представляет собой общественную, социально – политическую и экономическую категорию, а также объект социальной политики. Общественное здоровье нуждается в измерении, точной оценке с учетом не столько медицинского, сколько социального его значения.

Здоровье человека является важнейшим фактором общественного развития. Всемирная Организация Здравоохранения определяет здоровье человека как состояние полного физического, социального, психологического и духовного благополучия.

Наибольшую значимость этот фактор имеет для стран с социально – ориентированной рыночной экономикой. Главная цель данного типа экономики – это высокий уровень качества жизни населения. Сама экономическая система побуждает человека укреплять свое здоровье. От состояния здоровья зависят количественная и качественная характеристика трудовых ресурсов. А они в свою очередь влияют на социально экономическое развитие общества, на уровни важнейших макроэкономических показателей.

Общественное здоровье – важнейший социально – экономический потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей.

ВОЗ рассматривает общественное здоровье как социальное качество и для его оценки рекомендует следующие показатели:

1. отчисление ВНП на здравоохранение;
2. доступность медико – социальной помощи;
3. охват населения медицинской помощью;
4. уровень иммунизации населения;
5. степень обследования беременных квалифицированным медицинским персоналом;
6. состояние питания детей;
7. уровень детской смертности;
8. средняя продолжительность предстоящей жизни;
9. гигиеническая грамотность населения.

Здоровье населения страны тесно взаимосвязано со всеми отраслями народного хозяйствования. Ухудшение здоровья приводит к сокращению работоспособности и снижению предложения рабочей силы. Данные последствия негативно сказываются на экономическом росте страны в целом.

Общественное здоровье как социально – экономическая категория проявляется в следующих аспектах:

1. общественное здоровье и здоровье каждого гражданина является стратегической целью государства и народа, условием национальной безопасности страны;
2. общественное здоровье представляет собой наиболее яркий и убедительный показатель социально – экономического состояния общества, качества жизни людей;
3. общественное здоровье является экономическим ресурсом общества и важным условием воспроизводства высококачественного трудового потенциала;
4. общественное здоровье может быть обеспечено только совместным целесообразным использованием достаточного количества финансовых ресурсов федеральных и муниципальных властей, предпринимателей и населения.

Так же общественное здоровье оказывает влияние на объем расходов государства. Финансирование здравоохранения в России главным образом происходит за счет консолидированных бюджетов субъектов, но их доля в общем объеме постепенно снижается.

На сегодняшний день можно сказать, что правительство РФ стремится всячески улучшить качество жизни населения. Совершенствование здравоохранения становится стратегической целью. Необходимо понимать, что вложенные средства в здравоохранение является экономически выгодным. Здоровый человек обладает более высокой степенью трудоспособности, а значит, способен повышать количество произведенного в стране ВВП.

К примеру, общенациональная приоритетная программа «Здоровье». Благодаря этой программе медицинские учреждения получили приток материальных средств.

Способы снижения экономических потерь государства:

1. профилактика хронических и инфекционных заболеваний;
2. улучшение финансирования лечебных учреждений;
3. способствование развитию поисковых научных исследований в медицине;
4. приобщение всех групп населения к физической активности и внедрение здорового образа жизни.

Использование данных мер может повысить уровень здоровья и качества жизни населения, а, соответственно, и экономический потенциал страны. Необходимо найти новые способы внедрения здорового образа жизни, превратить здоровье в одно из основных личностных приоритетов.

Нужно ужесточить требования к бизнесу за охрану труда работников. Каждый гражданин должен серьезнее относиться к своему здоровью и стремиться к здоровому образу жизни. Нельзя допустить еще большего ухудшения состояния здоровья населения. Если нетрудоспособное население будет преобладать над трудоспособным, то будет возрастать нагрузка на последних. Должно происходить постоянное воспроизводство трудового потенциала страны, иначе это может привести к снижению ВВП и национального дохода.

Реализацией федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан руководит Президент Российской Федерации, который не реже одного раза в год представляет Верховному Совету Российской Федерации доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения Российской Федерации.

Правительство РФ осуществляет федеральную государственную политику в области здравоохранения.

**ЛЕКЦИЯ №4. Рынок медицинских услуг**

**План:**

1. **Услуга в здравоохранении, понятие товара и услуги.**
2. **Виды услуг. Характеристика медицинской услуги (неосязаемость, несохраняемость, непостоянство качества, неотделяемость от источника).**
3. **Цена как важнейший регулятор рыночных отношений, виды цен.**

**1.Услуга в здравоохранении, понятие товара и услуги**

Товар – это продукт труда, произведенный для продажи.

Товар является центральной категорией рыночного хозяйства. Основными товарами на рынке здравоохранения является медицинская услуга. Она представляет собой результат труда, удовлетворяющий потребности человека в здоровье. Результаты могут быть материализованными, приобретать определенную материальную форму (рентгеновские снимки, электрокардиограммы и др.) и чистыми, воплощаться непосредственно в самом человеке, не имея какого – либо другого объективного материального носителя. Услуги здравоохранения относятся по большей части к чистым услугам. Они носят индивидуальный характер, как результат активного взаимодействия между врачом и пациентом, и их нельзя оказать заранее, впрок.

Медицинская услуга является товаром в той мере, в которой она производится для продажи. Как и всякий товар, она обладает двумя свойствами: потребительной стоимостью и стоимостью. Стоимость – это овеществленный в товаре общественный труд медицинских работников. Величина стоимости отдельного товара определяется количеством труда, затраченного на его производство, и измеряется рабочим временем.

Потребительная стоимостьсоздается конкретным трудом и представляет собой способность медицинской услуги удовлетворять потребности человека в здоровье. Потребительная стоимость обладает эффектом общественной пользы, хотя в глазах отдельных людей может иметь различную ценность. Например, способность медицины излечивать ту или иную болезнь приносит обществу безусловную пользу, удовлетворяет требованиям его гуманистической атмосферы. В тоже время ценность этой услуги для здорового человека и получающего его больного будет существенно различаться.

Чаще всего медицинские услуги сливаются в единый комплекс финансовых услуг. Происходит объединение разнообразных услуг в рамках бизнеса. Фирмы, занимающиеся оказанием медицинских услуг, начинают предлагать услуги по страхованию жизни и здоровья, туристические услуги для лечения и оздоровления пациентов в санаториях, оздоровительных курортах страны и за рубежом и т.д. Больница может открыть у себя аптечный киоск, для продажи медикаментов и медицинской техники; заключить договор со страховой компанией на оказание платных медицинских услуг, не входящих в обязательный перечень бесплатного обслуживания населения; предложить (за определенную плату) перевозку домой выздоравливающих своим транспортом и пр.

На современном этапе развития и становления системы оказания медицинской услуги имеет следующую структуру: продавец медицинских услуг (врач) → купец или посредник (в т.ч. страховая компания или государство) → потребитель (больной). Необходимо отметить, что культовые организации, общественные фонды, государство, выполняя функции посредника, реализуют концепцию равных возможностей и социальной справедливости при оказании медицинской помощи населению.

Функционирование рынка медицинских услуг базируется на трех основных принципах:

1. эквивалентности (соотношения затрат и получаемых благ),
2. возмездности (выполнение работ в обмен на другие блага),
3. взаимовыгодности(участникам рыночных отношений должно быть выгодно устанавливать хозяйственные контакты с контрагентами).

Медицинская услуга - профессиональные действия, направленные на сохранение или поддержание оптимального уровня здоровья индивидуума, приносящая пользу.

Свойства медицинских услуг:

Отсутствие владения. Если человек приобрел товар, имеющий физическое воплощение, скажем фонендоскоп, то он становится его владельцем, чего нельзя сказать о медицинской услуге. Нельзя владеть, например, результатом, полученным от операции аппендэктомии.

Неосязаемость или нематериальный характер медицинских услуг, означает, что их невозможно продемонстрировать, попробовать, или изучать до их получения этих услуг. Оценить же медицинские услуги можно только после их получения, да и то с трудом. Повысить материальность услуги, сделать ее более осязаемой может присутствие элемента товара в услуге. Это может быть наличие зубного протеза, а также предоставление клиентам информации о сотрудниках, их опыте и квалификации. Брошюры, буклеты или другие материальные символы, также помогают понять и оценить услуги организации. Элементом товара в услуге врача могут быть рентгенограммы, рецепты, заключение, план лечения, данные обследования и пр.

Неспособность услуг к хранению. Специфика производства медицинских услуг заключается в том, что в отличие от товаров, услуги нельзя произвести впрок и хранить. Оказать услугу можно только тогда, когда в ней есть необходимость.

Важная отличительная черта медицинских услуг – их«сиюминутность».Они не могут быть сохранены для дальнейшей продажи и предоставления. Незанятые больничные койки, комнаты в санатории, не оказанные медицинские услуги, не могут быть восстановлены. Если спрос на услуги становится больше предложения, то это нельзя исправить, как при продаже медикаментов, взяв товар со склада. Аналогично, если мощность по услугам превосходит спрос на них, то теряется доход и (или) стоимость услуг.

Неразрывность производства и потребления. Производство и потребление медицинских услуг (в отличие от товаров, например, медикаментов) тесно взаимосвязаны и не могут быть разорваны во времени. Одновременно происходит производство, потребление продажа медицинских услуг.

Изменчивость качества или неоднородность – неизбежное последствие одновременности производства и потребления медицинской услуги.

Зависимость от тесного взаимодействия врача и пациента. Если во время ремонта автомобиля обычно нет нужды в личном присутствии заказчика, то оказание медицинских услуг невозможно, как без пациента, так и без медицинского персонала.

**2.Виды услуг. Характеристика медицинской услуги (неосязаемость, несохраняемость, непостоянство качества, неотделяемость от источника)**

Медицинские услуги занимают большую часть всех услуг. Практически не найдется ни одного человека, которому, хотя бы один раз в жизни, не оказывались медицинские услуги в той или иной форме (операции, прививки, обследование и др.).

Услуга – любое мероприятие или выгода, которую одна сторона может предложить другой. Медицинская услуга – это вид медицинской помощи, оказываемой медицинскими работниками и учреждениями здравоохранения. Это специфический товар и ей присущи четыре характеристики:

1. неосязаемость;
2. неотделимость от источника;
3. непостоянство качества;
4. несохраняемость.

Неосязаемость – медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, понюхать до момента ее приобретения.

Неотделимость от источника услуги – оказание медицинской услуги требует личных контактов производителя и потребителя.

Непостоянство качества медицинской услуги – качество медицинской услуги может колебаться в широких пределах.

Несохраняемость услуги – в отличие от товара, который сначала производится, затем может храниться на складе и уже, потом продается, медицинская услуга отличается тем, что процесс производства совпадает с процессом реализации.

Здравоохранение производит услуги, то есть относится к сфере услуг. Специфика медицинской услуги заключается в том, что она обеспечивает жизненно важные для человека функции, и при этом сохраняет свою экономическую сущность, является протекающим процессом труда. При этом, медицинская услуга – это мероприятие, направленное на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение имеющие самостоятельное законченное значение.

Классификация медицинских услуг:

1. по характеру: профилактические, экспертные, статистические, диагностические, лечебные, реабилитационные;
2. по сегменту структуры здравоохранения: санитарно – гигиенические, амбулаторные, стационарные;
3. по уровням медицинской помощи: доврачебная, врачебная, специализированная;
4. по интенсивности во времени: скорые, неотложные, плановые;
5. по квалификации медицинских услуг: низкая, средняя, высокая;
6. по технологии: рутинные, высокотехнологичные;
7. по инвазивности: инвазивные и неинвазивные;
8. по времени достижения конечных результатов: соответствующие сроком и несоответствующие;
9. по конечным результатам: адекватные, частично адекватные, неадекватные;
10. по соблюдению стандартов: соответствуют стандартам и не соответствуют (обоснованно, необоснованно, ошибочно).

Эта классификация является ориентиром для менеджеров, организаторов здравоохранения и экспертов страховых компаний в их работе.

Различают детальную, простую и комплексную медицинскую услугу.

Детальная медицинская услуга – элементарная и неделимая услуга (инъекции, заведение истории болезни и т.д), которая не выступает объектом ценообразования.

Простая медицинская услуга – элементарная и неделимая: «пациент» + «специалист» = «один элемент профилактики, диагностики и лечения». Например: операция, которую можно разложить на самостоятельные (делимые) моменты, которые самостоятельного значения при этом не имеют и действительны лишь в совокупности. И поэтому, не смотря на сложность процесса, операцию относят к категории простой медицинской услуги.

Сложная медицинская услуга – совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждом конкретном учреждении технологический процесс оказания помощи. Для стационаров – пролеченный больной, для амбулоторно – поликлинических – законченный случай лечения.

Комплексная медицинская услуга – совокупность различных видов медицинских услуг, нацеленных на получение какого либо результата, который не может быть получен путем предоставления простой и сложной услуги (профосмотры).

**3.Цена как важнейший регулятор рыночных отношений, виды цен**

В новых социально – экономических условиях лечебно – профилактические учреждения сталкиваются с необходимостью установления цены на медицинские услуги как на специфический товар. Это естественно, поскольку оказание медицинской помощи немыслимо без материальных затрат (издержек производства). Следовательно, необходим их учет и комплекс методов расчетов, что и составляет систему ценообразования.

Цена– это важнейший элемент рыночных отношений. Она является денежным выражением стоимости – рыночным параметром, характеризующим и регулирующим экономические отношения между производителями, продавцами и покупателями (потребителями) в процессе производства и купли – продажи товаров и услуг. Цена выполняет следующие основные функции: информационную, стимулирующую, регулирующую, распределительную. Именно поэтому ценообразование является одной из сложнейших медико – экономических проблем здравоохранения.

В системе здравоохранения страны различают следующие виды цен на медицинские услуги населению:

1.Бюджетные («Бюджетные оценки») – это глобальные общие цены, то есть расчетная стоимость медицинских услуг. Они определяются на обобщающие показатели медицинской деятельности (стоимость посещения, случаи госпитализации, койко – дня и т.д). они включают все расходы ЛПУ. Как правило, они используются для осуществления взаимных расчетов между учреждениями одной территории или подразделениями внутри одного учреждения, а так же расчета территориальных программ ОМС и финансирования целевых бюджетных программ медицинской помощи. Величина их не зависит от величины реальных расходов медицинских учреждений, а методы расчета построены по принципу «от общего к частному», т.е общий объем ограниченных финансовых средств распределяется между лечебными учреждениями по принципу: не, сколько нужно, а сколько им можно дать для осуществления их хозяйственной деятельности. Бюджетные цены не предусматривают деления на себестоимость и прибыль;

2.прейскурантные, то есть имеющие аналог в прейскуранте. Они ближе всего к государственно – регулируемым ценам. В качестве регулятора выступают органы управления здравоохранения территории. Прейскурантные цены – это цены на платные медицинские услуги, оказываемые в в государственных и муниципальных ЛПУ. Они используются для расчетов с населением, предприятиями и организациями при оказании медицинской помощи на так называемой хозрасчетной основе. Такие цены обязательно должны включать:

1. список видов помощи;
2. порядок поступления денег;
3. методику ценообразования;
4. порядок контроля.

Эти цены разрешается применять только к услугам не входящим в территориальную программу ОМС:

1. по виду медицинской помощи (лечение и обследование больных не входящих в ОМС, профосмотры недекретированных контингентов, и т.п);
2. по степени комфортности (дополнительное питание, пребывание больного в сервисной палате и т.д);
3. по месту оказания услуги (лечение больных не имеющих для того показаний в стационаре, проведение отдельных манипуляций больному на дому и т.п);
4. по степени срочности услуги;

Для улучшения качества услуг при применении прейскурантных цен разрешается увеличивать затраты на заработную плату путем применения надбавок за сложность труда, его интенсификацию и т.д. Эти цены включают фактические затраты и прибыль, но ограничивается ее максимальный размер. Обычно это 20 – 25%. Оказание услуг по прейскурантным ценам разрешается только внерабочее время.

3.Договорные (самостоятельно утвержденные ЛПУ), фактически это свободные цены, они наиболее выгодны для учреждений здравоохранения. Обычно они применяются на медицинские и сопутствующие им услуги по заказам организаций и предприятий любой формы собственности. Эти цены утверждаются прямыми договорами между медицинским учреждением и организацией – заказчиком работ. Размер прибыли ограничивается лишь здравым смыслом.

4.Тарифы на медицинские услуги по обязательному медицинскому страхованию отражают денежные суммы, определяющие возмещения расходов медицинских организаций по выполнению территориальной программы ОМС и состав этих расходов, причем себестоимость и прибыль в структуре затрат также не выделяются, как и при бюджетных ценах. Тарифы – это всегда неполная цена. Они применяются при наличии ограничений, когда цену необходимо подогнать под имеющийся объем финансовых средств.

**ЛЕКЦИЯ №5. Маркетинг в здравоохранении**

**План:**

1. **Цели и задачи маркетинга в здравоохранении**
2. **Изучение рынка медицинских услуг как основ маркетинга здравоохранения**
3. **Характеристика рынка потребителей медицинских услуг**
4. **Маркетинговая деятельность учреждений здравоохранения**

**1.Цели и задачи маркетинга в здравоохранении**

В классическом понимании маркетинг – это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением товаров и услуг от производителя к потребителю (Ральф Александр, 1960). В последние годы появилось более совершенное определение маркетинга – это предвидение, управление и удовлетворение спроса на товары, услуги, организации, людей, территорий и идеи посредством обмена (Эванс и Бергман, 1990). Это определение маркетинга показывает, насколько тесно он связан с менеджментом, так как его главными составляющими являются цели, потребности и люди.

Медицинский маркетинг – это предпринимательская деятельность, которая управляет продвижением медицинской услуги от ее производителя (врача) к пациенту. В тоже время это и социальный процесс, посредством которого прогнозируется, расширяется и удовлетворяется спрос на медицинские услуги посредствам их разработки, продвижения и реализации.

Для полного понимания сути маркетинга необходимо рассмотреть понятия: нужда, потребность, запрос, товар, услуга, обмен, сделка, рынок.

Нужда ***–*** чувство ощущения человеком нехватки чего – либо (применительно к медицине – чувство нездоровья и желание больного стать здоровым). Нужды у различных людей. Как правило, сложны и разнообразны. Они включают основные физиологические потребности – в еде, одежде, жилье и безопасности; социальные – в любви и внимании; индивидуальные – в знаниях и самовыражении. Когда нужда не удовлетворена, человек ищет предмет, который удовлетворит его, либо ограничит эту нужду.

Потребность – нужда, принявшая специальную форму в соответствии с культурным уровнем, личностью индивида и предложениями рынка медицинских услуг. Исходной составляющей природы человека является желание быть здоровым, здоровье обеспечивает комфортность в среде обитания. Болезнь заставляет заняться поиском средств и способов для восстановления здоровья. Больной испытывает потребность в определенном методе исследования, процедуре или манипуляции, конкретных лекарственных средствах, а нуждается в устранении симптомов болезни, в здоровье.

Например, к врачу кардиологу обращается за консультацией пациент. В чем больной нуждается и в чем состоит его потребность?

Нужда данного пациента заключается в восстановлении здоровья. А путь к удовлетворению нужды идет через диагностику заболевания и подбор необходимых лекарственных средств, что и именуется потребность. При наличии более совершенного способа удовлетворения потребности нуждающийся прибегнет к нему. Поэтому потребность пациента определяется наличием на рынке медицинских услуг современного диагностического оборудования, методов лечения.

Производители товара или услуги должны четко определить и формировать связь между тем, что они выпускают и нуждами людей.

Запрос – потребность, подкрепления покупательской способностью. У людей фактически не ограниченные желания, но ограниченные ресурсы. Таким образом, они хотят выбрать товары, которые в наибольшей степени удовлетворят их потребность на ту сумму, которой они располагают.

Товар – все то, что может удовлетворять потребность и предлагается на рынке с целью привлечения внимания, приобретения, использования и потребления.

Различают материальные и нематериальные продукты человеческой деятельности. В медицине в качестве материального продукта (товара) могут выступать изделия фармацевтической промышленности, медицинская техника. Нематериальный, неосязаемый продукт человеческой деятельности, предложенный медицинской стороны и испрошенный потенциальным или реальным потребителем, - *медицинская услуга*. Чем выше способность товара удовлетворить желание потребителя, тем больший успех ему обеспечен. Таким образом, производители должны знать чего хотят потребители, и изготовлять товар, способный наилучшим образом удовлетворять эти желания.

Медицинские услуги как разновидность профессиональных услуг предъявляют требования к квалификации исполнителя. На этом основан порядок выдачи лицензии и сертификата, подтверждающего профессионализм медицинской услуги.

Маркетинг имеет место в тех случаях, когда люди решают удовлетворить свои нужды и запросы с помощью обмена.

Обмен – акт получения желаемого товара от кого – либо, предлагая что – нибудь в замен. Состоится обмен или нет, зависит от соглашения между сторонами о его условиях.

Обмен – основная категория маркетинга, сделка – единица измерения маркетинга.

Сделка – коммерческий обмен ценностями между двумя сторонами. Как правило, условия сделки поддерживает и охраняет законодательство. Понятие сделка непосредственно подводит нас к понятию рынка.

Рынок – совокупность существующих и потенциальных потребителей и производителей товара. В современном обществе рынок – это не обязательно какое – то физическое место, где встречаются и осуществляю сделки покупатели и продавцы. Можно дать рекламу товара по телевидению, интернету, собрать заказы от покупателей по телефону, не вступая с ними в физический контакт.

Задачи маркетинга:

1. Учет потребностей, состояния и динамики спроса, рыночной конъюнктуры при принятии хозяйственных решений.
2. Создание условий для максимального приспособления производства к требованиям рынка, структуре спроса, исходя не из сиюминутных выгод, а из долгосрочной перспективы.
3. Маркетинг в медицине должен быть ориентирован на пациента, разрабатываться и предлагаться должно именно то, что пациент хочет, в чем нуждается.

Принципы маркетинга:

1. нацеленность всех звеньев хозяйственного механизма на достижение конечных результатов (в медицине – улучшение здоровья граждан и благосостояния медицинских работников);
2. направленность на долговременную перспективу (лучше предотвратить заболевание чем его лечить);
3. подчинение всей деятельности медицинского учреждения требованиям пациента (так как основная цель медицинского маркетинга – предоставление всевозможных услуг пациентам, а не получение прибыли);
4. объединение деятельности всех звеньев учреждения в единую систему;
5. четкая координация всех направлений маркетинговой деятельности;
6. наличие обратной связи между рынком и медицинскими учреждениями, быстрое, гибкое приспособление к внешним и внутренним условиям деятельности организации.

Концепция маркетинга включает в себя достижение организационных целей, которое зависит от определения нужды и потребностей целевого рынка и достижение желаемого результата, более эффективного, чем у конкурентов.

**2.Изучение рынка медицинских услуг как основ маркетинга здравоохранения**

Рынок может быть сформирован на какой – то определенный товар или услугу. А.А.Модестовым (1993г.) предложена систематизация рынка общественного здоровья, состоящего из следующих сегментов:

1. Рынок государственного здравоохранения;
2. Рынок пациентов;
3. Рынок идей;
4. Рынок фарминдустрии;
5. Рынок медицинской техники;
6. Рынок физической культуры;
7. Рынок системы медицинского образования;
8. Рынок медицинских услуг;
9. Рынок медицинского страхования.

Рынок в определенной степени нуждается в регулировании, то есть наличии арбитра, посредника, организатора. Эти функции может выполнять только государство через компетентное правительство, которое и создает правовые и экономические условия для его нормальной деятельности. Рынок должен иметь свою инфраструктуру – это совокупность взаимосвязанных элементов, к которым относятся коммерческие банки. Биржи труда, поставщики, клиенты, союзы работодателей, профсоюзы. Именно они образуют как бы промежуточную систему между государством и организациями.

Рыночный механизм и его основные элементы.

Механизм рынка услуг здравоохранения функционирует благодаря 4 параметрам: спросу, предложению, цене и конкуренции.

Спрос – количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене. Бесполезно определять величину спроса без цены, так как он изменяется в зависимости от нее (обратная связь). При снижении цены пациент желает приобрести больше услуг (эффект дохода), услуга дешевеет относительно других услуг м приобрести ее относительно выгоднее (эффект замещения). Спрос чутко реагирует и на различные и неценовые воздействия.

К неценовым факторам, влияющим на спрос, относятся:

1. Демографические (половозрастная структура, территориальное расселение, миграция, состав семей, культурный уровень населения). Например, процесс построения населения приводит повышение спроса на лекарства;
2. Социально – экономические (занятость, уровень безработицы, оплата труда, профессиональный состав, распределение населения по уровню дохода – покупательская способность). Рост доходов расширяет возможности получения медицинских услуг;
3. Медицинские (состояние здоровья). Численность пациентов в стране зависит от уровня и структуры заболеваемости;
4. Изменение вкусов пациентов (мода на определенные виды исследования);
5. Климатогеографические (влияние на состояние здоровья);
6. Психологические (мотивация, убеждение);
7. Форсирование спроса могут обеспечить сами врачи своими диагнозами.

Для наиболее полного удовлетворения запроса покупателей и потребителей медицинских услуг на рынке необходима классификация видов спроса на медицинские услуги.

Классификация видов спроса:

1. Отрицательный
2. Отсутствующий
3. Скрытый
4. Падающий
5. Нерегулярный
6. Полноценный
7. Чрезмерный
8. Нерациональный
9. Отложенный
10. Мигрирующий

Отрицательный. Например, у населения может сформироваться негативный спрос на профилактические прививки, вследствие наличия осложнений после них. Следствием отказа от прививок может явиться вспышка инфекционной заболеваемости. Отрицательный спрос существует на посещение стоматолога, так как нет времени и средств заниматься своим здоровьем. *Задача маркетинга* – проанализировать, почему рынок испытывает неприязнь к данному виду услуг и может ли программа маркетинга изменить негативное отношение к ним.

Отсутствующий. Например, нет спроса на какие – либо устаревшие диагностические процедуры или методы лечения. *Задачи маркетинга* - найти более прогрессивные методы диагностики и лечения.

Скрытый. Например, в ЦРБ нет своего аппарата УЗИ. На эту диагностическую процедуру у населения наблюдается скрытый спрос, так как эти процедуры достаточно информативны, просты, безболезненны, а так же дают возможность с меньшими затратами времени поставить диагноз и своевременно назначить нужное лечение.

Падающий. Рано или поздно любое медицинское учреждение столкнется с падением спроса на какую – либо услугу. *Задача маркетинга* – проанализировать причины падения спроса и определить, можно ли снова стимулировать сбыт.

Нерегулярный. У многих ЛПУ спрос колеблется на сезонной, ежедневной и доже по часовой основе, что вызывает проблемы недогрузки или перегрузки. Например, осеннее – весеннее обострение язвы желудка и 12 – перстной кишки*. Задача маркетинга –* изыскать способы сглаживания колебаний в распределение спроса по времени за счет увеличения объема профилактических мероприятий перед ожидаемым обострением тех или иных заболеваний.

Полноценный. В этом случае организация удовлетворена своей деятельностью – имеются хорошо подготовленные специалисты, достаточное оснащение аппаратурой, в результате достигнута высокая информативность диагностики, расширяется перечень данного вида услуг. *Задача маркетинга* (он в этом случае поддерживающий) – поддержать уровень спроса, несмотря на усилия конкурентов, используя разработку сервиса, рекламы.

Чрезмерный. В гинекологическом отделении высокие показатели производства абортов. Это связано с низким уровнем информированности населения о мерах контрацепции. *Задача маркетинга* (демаркетинг) – изыскать способы снижения спроса – консультировать молодые семьи о мерах контрацепции или повысить цены на данный вид услуг, это также может снизить спрос.

Нерациональный**.** В данном случае также используется *демаркетинг* – противодействие спросу на товары, вредные для здоровья, такие как спиртные напитки, табачные изделия, наркотические средства.

Отложенный. Больному требуется какая – либо сложная операция, отнесенная к категории плановых. Ей предшествует подготовка больного: диагностическая, психологическая, медикаментозная, профилактическая. Таким образом, операция на некоторое время откладывается. Знать этот спрос нужно для планирования деятельности ЛПУ.

Мигрирующий. В эту группу входят чрезвычайные ситуации, когда нужно создавать выезд бригад скорой помощи. В дополнение к данной классификации выделяют расчетный и реальный спрос.

Расчетный спрос – спрос на медицинские услуги, рассчитанный на основании показателей общей заболеваемости и показаний к тому или иному виду услуг для различных групп заболеваний в конкретный период времени.

Реальный спрос – количество и качество медицинских услуг, востребованных в действительности при данной структуре общей заболеваемости в конкретный промежуток времени.

Разница расчетного и реального спроса определяет показатель невостребованного спроса, отражающий экономический уровень здравоохранения территории, характеризует организацию лечебно – профилактической помощи и отношение населения к своему здоровью. Эти показатели являются ориентирами в выработке стратегических решений медицинского маркетинга при территориальном планировании.

Специфическим видом спроса можно считать необоснованный спрос. Например, отсутствие эффекта от лечения какого – либо заболевания стимулирует необоснованный спрос в услугах знахарей и экстрасенсов. Несовершенство методов лечения токсикомании формирует необоснованный спрос на некоторые медикаменты. Таким образом, виды спроса являются инструментом для медицинского маркетинга.

По отношению к потребителю различают эластичный и неэластичный спрос. Эластичный спрос связан с экономичными пациентами, незначительное снижение цен на услуги приводит к существенному возрастанию спроса. Неэластичный спрос определяется престижными пациентами, для них цена не так важна.

Предложение – количество медицинских услуг, которое медработник может оказать в определенный период времени населению. Зависимость между ценой и предложением уже не обратная, а прямая (по мере роста цен производители предлагают пациентам больше услуг и наоборот).

Неценовые факторы, влияющие на предложение:

1. количество врачей и медсестер (чем их больше, тем выше предложение);
2. стоимость медицинского оборудования (при высокой стоимости оборудования приобрести его могут не все лечебные учреждения и предложение услуг, производимых с помощью данного оборудования, будет невысоким);
3. совершенствование медицинского оборудования (использование высокопроизводительного оборудования позволяет за единицу времени произвести больше услуг или увеличить предложение);
4. налоги (высокие налоги на определенные виды услуг снижает их предложение);
5. выход на рынок новых конкурентов вне зависимости от цен увеличивает предложение.

Цена – как денежное выражение стоимости услуги, формируется при взаимодействии на рынке носителей спроса и предложения (пациентов и медработников).

Цена спроса – предельно высокая цена, за которую пациенты согласны приобретать медицинские услуги, выше цена не может подняться, так как упадет спрос.

Цена предложения – предельно низкая цена, по которой производители еще готовы оказывать услуги пациенту. Рыночная цена не опускается ниже цены предложения, так как деятельность предпринимателя будет неэффективна.

В результате взаимодействия этих двух видов цен устанавливается рыночная цена. Она фиксируется в точке пересечения кривой спроса и предложения, это точка (равновесная) и цена равновесная. Только в этой точке цена одновременно устраивает и производителя медицинский услуги, и потребителя.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Рынок совершенной конкуренции*** | ***Рынок медицинских услуг*** |
| Большое количество продавцов | Число продавцов ограничено, существуют ограничения входа на рынок, возможны ситуации, близкие к естественной монополии. |
| Однородность товара | Неоднородность медицинской услуги, ее уникальные свойства. |
| Хорошая информированность покупателей | Несовершенная информация. |
| Возможность сопоставления цены товара и его качества | Невозможность или трудность сопоставления цены и качества. |
| Производителя стремятся к максимизации прибыли | Наличие большого числа государственных или частных некоммерческих организаций. |
| Реализация продукции осуществляется, как правило, напрямую | Как правило, требуется участие «третьей стороны» - компетентного посредника, который и оплачивает часть медицинских услуг |

Рисунок 4. Рынок совершенной конкуренции и рынок медицинских услуг

**3.Характеристика рынка потребителей медицинских услуг.**

Рынок потребителей медицинских услуг делится на пять групп:

1. Пациенты с низким уровнем доходов (экономичные пациенты – пенсионеры, студенты). Они рассматривают медицинские услуги различных организаций как взаимозаменяемые, спрос на которые падает при повышении цен. К этой категории относятся более 50% всех пациентов.
2. Пациенты с высоким уровнем доходов (престижные пациенты – часть интеллигенции, предприниматели). Для них важен престиж, качество медицинских услуг, они мало чувствительны к ценам (20% потребителей).
3. Этичные пациенты (по уровню доходов эти пациенты могут быть отнесены к любой из первых двух групп). Для них важны этические качества услуги – принадлежность к стране производителю, городу (20% потребителей).
4. Новаторы, ориентируются на все новое (методы диагностики и лечения). У них качество услуги связано с возрастом врача, они отдают предпочтение молодым специалистам более восприимчивым к использованию новаций.
5. Консерваторы, наоборот, ориентированы на старые проверенные методы лечения, они предпочитают медработников со стажем.

**4.Маркетинговая деятельность учреждений здравоохранения.**

В маркетинговой деятельности медицинских учреждений большое значение имеют маркетинговые исследования, они должны опережать реальное начало любой деятельности.

Маркетинговое исследование – систематическое определение круга данных, необходимых в связи со стоящей перед организацией маркетинговой ситуацией, их отбор, анализ и отчет о результатах.

На макроуровне маркетинговые исследования должны смоделировать закономерности и тенденции развития рынка, дать оценку рыночной ситуации, спроса на медицинские услуги.

На микроуровне конкретным лечебным учреждениям в процессе маркетинговых исследований даются оценки, анализ, прогноз собственных возможностей (потенциальных возможностей и конкурентоспособности), состояния и перспектив того сегмента рынка, в котором оно действует.

Исследователи маркетинга решают следующие задачи: изучение характеристик рынка, замеры потенциальных возможностей рынка, анализ распределения долей рынка между организациями, анализ сбыта, изучение товарной конкуренции, краткосрочное прогнозирование, изучение реакции на новый товар, долгосрочное прогнозирование, изучение политики цен.

Существует 2 метода маркетинговых исследований: экспертных оценок и социологических исследований.

Этапы маркетинга:

1. Выявление проблемы
2. Формирования целей исследования
3. Отбор источников информации
4. Сбор информации
5. Анализ информации
6. Представление полученных результатов

Цели проведения маркетингового исследования могут быть поисковые (помогают выработать гипотезу), описательные (описывают отдельные явления, например, выясняется численность и состав населения, пользующегося данной услугой), цели могут продемонстрировать проверку гипотезы (например, снижение цен на платные услуги на х% вызовет приток пациентов на у%).

Информация для проведения маркетингового исследования может быть внутренняя (данные собирают службы самого учреждения) и внешняя (данные собираются за пределами учреждения, но используются для собственных целей). Данные могут быть первичными и вторичными.

Первичные данные – собранные впервые для какой – либо цели. Например, выясняется, какая из диагностических процедур пользуется наибольшей популярностью у медработников и пациентов. Орудия исследования – анкеты. Составляется план выборки и проводится сбор материала.

Вторичные данные – были собраны ранее для других целей (информация из статистического отдела). Эти источники более доступны, но должны быть полными и точными.

Информация из отчетов учреждений позволяет разработать стратегию и планирование деятельности, проводить сегментирование рынка, выработать ценовую и конкурентную стратегию. План по маркетингу определяет направление развития учреждения, ставит цели и планирует ее рост.

Основные разделы плана:

1. Анализ текущей ситуации (характеристика целевого рынка, положение конкретных ЛПУ на нем, выявление сегментов основных конкурентов, факторы маркетинговой среды);
2. Прогноз развития ЛПУ;
3. Контрольные показатели, на которые нужно выйти в результате реализации плана;
4. Учет ограничений: угроза со стороны имеющихся конкурентов, возможность выявления новых;
5. Описание стратегии маркетинга для решения каждой задачи, в том числе в сфере рекламы и предоставления услуг.

**ЛЕКЦИЯ №6. Особенности услуг в здравоохранении.**

**План:**

1. **Рыночный механизм услуг в здравоохранении.**
2. **Методы ценообразования, определение себестоимости, пути снижения себестоимости, понятие прибыли и рентабельности в здравоохранении.**

**1.Рыночный механизм услуг в здравоохранении.**

Рынок услуг здравоохранения – это совокупность отношений в сфере обмена, по средствам которых осуществляется реализация услуг, определяется общественно необходимый характер затрат на их производство, удовлетворяются потребности как производителей, так и потребителей.Рынок здравоохранения включает в себя систему отдельных, взаимосвязанных и взаимообусловленных друг друга элементов: рынок медицинских услуг; рынок лекарственных препаратов; рынок медицинского оборудования, техники и медицинских средств; рынок рабочей силы, труда медицинского персонала; инновационный рынок(научно медицинские разработки, ноу – хау, патенты, лицензии); рынок ссудных капиталов, валютных ресурсов и ценных бумаг.

Основными субъектами рыночных отношений являются: медицинские предприятия, производящие услуги в области здравоохранения, независимо от формы собственности (продавцы) и получившие их граждане; социальные группы; общество в целом (покупатели). Совокупность предприятий, учреждений и организаций, обеспечивающих эффективное взаимодействие между основными субъектами рыночных отношений – продавцами и покупателями, называется рыночной инфраструктурой. Сюда относятся такие субъекты рынка, как предприятия торговли, снабженческо – сбытовые организации, аукционы, ярмарки, кредитные учреждения, коммерческие и эмиссионные банки, транспорт и связь, специальные рекламные, информационные службы и другие обслуживающие рынок структуры.

Важнейшим субъектом цивилизованного рынка является государство. Это обусловлено основным противоречием системы здравоохранения - между его социальным предназначением и экономическими возможностями. Само по себе здравоохранение слишком затратная в современных условиях отрасль народного хозяйства. Ни в одной промышленно развитой стране оно не может быть рентабельным и одновременно доступным для всего населения. В тоже время здравоохранение является социально важной отраслью, производящей жизненно необходимую продукцию – сохранение и укрепление здоровья человека, являющегося высшей ценностью общественного развития. В силу этого оно должно быть общедоступным.

Разрешая противоречие между социальной необходимостью и собственными экономическим возможностями здравоохранения, государство как представитель интересов всего общества дотирует его развитие, перераспределяя прибыль по средствам налоговых сборов из других отраслей народного хозяйства. Государство привлекает медицинские учреждения к выполнению различных программ в области охраны здоровья населения в целом и его отдельных социальных групп, в частности, представляя им налоговые льготы, оказывая различную финансовую и материальную поддержку.

В основе действия механизма рынка услуг здравоохранения лежит спрос и предложение.

Спрос– это потребность в медицинских услугах, которые могут оплатить пациенты. Спрос определяется ценой, чем она выше, тем меньше спрос и наоборот, и уровнем жизни населения, чем выше доходы, тем выше спрос. Снижение уровня жизни влечет снижением спроса. При приемлемой цене и достаточном уровне доходов на спрос дополнительное влияние оказывают:

1. демографическая ситуация в стране. Чем более старым является население, тем естественно больше спрос на медицинские услуги;
2. экологическая обстановка. Чем она хуже, тем спрос выше;
3. уровень культуры, нравственности, медицинского просвещения населения. Чем он ниже, тем больше спрос на аборты, лечение венерических заболеваний, наркологическую помощь.

Увеличивают число пациентов неблагоприятные погодные условия, неудовлетворительное состояние техники безопасности на производстве, рост преступности, соответствующая реклама, мода, рекомендации врачей и т.д.

Предложение – это объем медицинских услуг, которые могут быть оказаны населению. Спрос тесно связан с предложением. В результате взаимодействия спроса и предложения устанавливается рыночная цена. Если спрос опережает предложение, то цена растет и наоборот. Рост цены побуждает производителей наращивать сферу предложения услуг здравоохранения, что сулит им (медицинским учреждениям и врачам) получение дополнительного дохода.

Зависимость между ценой предложением не обратная, а прямая. Закон предложения гласит: «предложение, при прочих равных условиях, изменяется в прямой зависимости от изменения цены».

Ценакак денежное выражение стоимости услуги формируется при взаимодействии на рынке носителей спроса и предложения, т.е. пациента и производителя услуги.

Если вопрос о цене решен, то услуга может быть оказана. Результатом этой рыночной операции является получение прибыли.

Если рассмотреть вышеназванные категории с позиции производителя и потребителя медицинских услуг, то получится следующая картина: производитель, имея цепью получить максимальную прибыль устанавливает минимальную цену предложения а потребитель, желая приобрести товар или услугу с меньшими затратами, имеет ввиду максимальную цену.

Таким образом, цена спроса – максимальна, а цена предложения минимальная.

В результате взаимодействия спроса и предложения устанавливается рыночная цена. Она фиксируется в точке, в которой пресекаются кривые спроса и предложения. Эта точка называется точкой равновесия, а цена равновесной. Только в этой точке цена одновременно устраивает как производителя медицинских услуг, так и потребителя.

Обобщая ранее сказанное, можно выделить следующие основные функциицивилизованного рынка медицинских услуг:

1. функция ценообразования. Рынок позволяет определить общественно необходимые затраты, которые готов возместить покупатель (пациент). Денежной формой этого является цена на произведение медицинских услуг.
2. Функция стимулирующая. Необходимым атрибутом рынка является конкуренция. Она стимулирует снижение затрат на производимые услуги; рост их количества и качества; совершенствование управления производством, обменом и распределением; содействует технической и технологической модернизации. Обеспечение здоровой конкурентной среды, недопущение монополизации производства и реализации медицинских услуг, установление демпинговых цен на них является одной из важнейших задач государственного регулирования рыночных отношений.
3. Информационная функция. Рынок дает объективные сведения производителям и покупателям о количестве и качестве наличных требуемых общественно необходимых услуг здравоохранения. Этому служит система свободного ценообразования и процентные ставки на кредит.
4. Посредническая функция. Рынок представляет собой пространство, на котором встречаются экономически обособленные производители, обмениваются результатами своей деятельности, налаживают взаимовыгодное сотрудничество и находят своих покупателей.
5. Защитная функция***.*** Благодаря здоровой конкуренции, объективной информации, активной регулирующей и контролирующей роли государства как необходимого субъекта необходимых рыночных отношений, рынок защищает покупателя от недоброкачественных услуг и необоснованно высоких цен; не допускает превращения здравоохранения только в сферу по обслуживанию богатых, состоятельных слоев населения; обеспечивает общедоступность основных медицинских услуг.

**2.Методы ценообразования, определение себестоимости, пути снижения себестоимости, понятие прибыли и рентабельности в здравоохранении**

Цена это сложное понятие, в рыночной экономике она формируется в результате воздействия многих факторов. Поэтому в процессе ценообразования не обойтись без понятий стоимость и себестоимость.

Стоимость – это количество трудовых, материальных ресурсов, вложенных в оказание медицинской услуги.

Стоимость = себестоимость + прибыль (коэффициент рентабельности)

Обычно прибыль определяется в виде коэффициента рентабельности к себестоимости услуги.

Различают валовую и чистую прибыль. Валовая (балансовая) прибыль ЛПУ должна быть достаточной для уплаты налогов (не зависящих от размера прибыли) и выплаты процентов по займам. Чистая прибыль направляется на формирование фондов потребления и накопления.

Прибыль нужна как источник финансирования и развития ЛПУ, поскольку себестоимость включает в себя только текущие затраты. Разработка и внедрение новых технологий, приобретение современного оборудования возможно либо за счет внешних инвестиций, либо за счет прибыли.

Себестоимость товара (услуги) – это выраженные в денежной форме текущие затраты производителя на производство и реализацию продукции. Она показывает, во что обходятся учреждению оказываемые им медицинские услуги и отражает только текущие затраты учреждения. Различают себестоимость:

1. Отдельной организации;
2. Среднеотраслевую;
3. Нормативную;
4. Плановую;
5. Фактическую.

Себестоимость является основой для формирования экономически обоснованной цены товара (услуги), в ней должны быть учтены все необходимые затраты, в данном случае связанные с оказанием медицинской помощи. Себестоимость определяется для каждого производителя услуг, то есть лечебного учреждения, индивидуально. Структура себестоимости продукции и услуг по основным экономическим элементам единая независимо от отрасли, хотя каждая их них имеет свои особенности (разная доля отдельных элементов затрат в себестоимость, специфика в конкретном составе материальных затрат и прочих расходов и т.д.). для учреждений здравоохранения себестоимость медицинских услуг целесообразно определять следующим образом.

Сб= З+Н+О+М+П+Об.+И+К

Сб – себестоимость медицинской услуги;

З – расходы на оплату труда;

Н – начисления на заработную плату;

О – износ основных средств (амортизация);

М – расходы на медикаменты, реактивы и перевязочные материалы;

П – питание (для услуг стационара);

Об. – износ оборудования (твердого инвентаря);

И – износ мягкого инвентаря (белье, постельные принадлежности, одежда и т.п);

К – косвенные расходы.

На практике, в системе бухгалтерского учета материальных затрат они конкретизируются в форме отдельных кодов экономической классификации расходов бюджета (ЭКР).

Важнейшим по удельному весу элементом затрат является оплата труда. При оказании платных медицинских услуг целесообразно закладывать себестоимость услуги величину заработной платы, которая могла бы материально заинтересовывать медицинского работника. Обычно это не менее 30%.

Начисления на заработную плату это единый социальный налог в размере 35,6% от фонда оплаты.

При определении затрат на износ (амортизацию) основных средств учитывается лишь те из них что находятся на балансе учреждения. Амортизационные отчисления определяются по укрупненным группам, исходя из единых норм. Затраты на твердый инвентарь определяются в соответствии с «Годовыми нормами износа медицинского оборудования учреждений и организаций, состоящих на государственном бюджете СССР», утвержденными Минздравом СССР от 23.06.88 №03-14/19-14.

Расчет расходов на мягкий инвентарь производится по его износу (фактическому списанию по акту).

Следует заметить, что на медицинское оборудование, находящееся на балансе учреждения, но не участвующее в оказании медицинских услуг на платной основе, амортизация не начисляется.

При определении затрат на медикаменты, реактивы и перевязочные средства из них исключаются дополнительно выделенные в централизованном и другом порядке средства на их приобретение, а также расходы на медикаменты больным, имеющим право на их бесплатный отпуск.

Затраты на питание больных в стационаре определяются в соответствии с натуральными нормами продуктов на один койко – день, но для платных услуг можно установить более высокие нормы продуктов.

Косвенные расходы – это расходы учреждения необходимые для обеспечения его деятельности, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской услуги, поэтому их невозможно прямо отнести на ее стоимость (оплата труда и начисления на оплату труда общеучрежденческого персонала, хозяйственные затраты включая текущий ремонт, износ мягкого инвентаря во вспомогательных подразделениях, амортизация зданий, сооружений и других основных фондов, непосредственно не связанных с оказанием медицинских услуг, а также прочие затраты). Они обычно накладываются на себестоимость через расчетные коэффициенты.

Кроме того расходы, входящие в себестоимость, можно разделить на постоянные, переменные, «средние», «валовые» (общие), и альтернативные.

Постоянные расходы не зависят от объема производства товара или услуг (амортизация основных фондов, плата за аренду, оплата охраны, страховые взносы и т.д).

Переменные – прямо зависят от объема производимой продукции или услуг (например затраты на медикаменты, питание больных).

Валовые (общие) расходыскладываются из суммы ксловно постоянных и условно переменных.

Средние расходы показывают затраты ЛПУ на производство одной медицинской услуги, то есть они равны частному от деления валовых расход на весь объем платных медицинских услуг за определенный период времени.

Альтернативные расходы или «вмененные расходы» («расходы упущенных возможностей») это затраты на производство товара (услуги) в альтернативной организации. Так, зарплата врача в прибыльной коммерческой структуре значительно превосходит таковую в муниципальном ЛПУ. В цену платной медицинской услуги желательно включить величину именно такой зарплаты.

При определении себестоимости медицинских услуг выделяют:

1. Простые (отдельные исследования, манипуляции, процедуры, оперативные вмешательства). В соответствии с приказом МЗ РФ от 22.12.98 №374 услуга «посещение врача» не является простой, так как делится на ряд детальных услуг (сбор анамнеза, перкуссия, аускультация и т.д.). Однако, до разработки нормативов трудозатрат на каждую простую услугу , входящую в классификатор, расчеты затрат на услугу «посещение врача» осуществляются по действующим нормативам трудозатрат как на простую услугу;
2. Сложные («койко - дни» в профильных отделениях стационаров);
3. Комплексные по законченным случаям поликлинического и стационарного лечения (медико – экономические затраты).

Понимание природы издержек и структуры медицинских услуг имеет практическое значение для поиска резервов снижения их себестоимости и разработки экономически обоснованной стратегии деятельности ЛПУ.

Структурные подразделения медицинских учреждений делятся на:

1. Основные, то есть непосредственно обеспечивающие оказание услуг пациенту (профильные отделения стационаров, отделения или кабинеты поликлиники, диагностических центров, параклинические отделения);
2. Вспомогательные или обеспечивающие деятельность лечебно – диагностических подразделений (общеучрежденческие службы, администрация, бухгалтерия, аптека, хозяйственные службы и т.д).

При определении себестоимости услуги, затраты вспомогательных подразделений, накладываются на нее в виде коэффициентов.

В условиях рыночной экономики цена услуги, как правило, не совпадает с ее стоимостью, она может быть выше или ниже ее. Поэтому определение цены на предоставляемые медицинские услуги в современных условиях зависит от цен конкурентов на данный вид услуги, себестоимости, предполагаемого уровня прибыли (рентабельности ЛПУ), имеющихся мощностей лечебного учреждения для предоставления услуги.

Цена также зависит от полезности и качества услуги, дохода потребителей (больных), конъюнктуры ранка, рекламы, степени рыночной ориентации пациента, его компетенции и т.п.

Таким образом, на цену оказывают влияние законы спроса, предложения, конкуренции, денежного обращения.

Кроме того, устанавливаемые цены должны покрывать затраты ЛПУ и обеспечивать им прибыль, достаточную для их развития и материального стимулирования медицинских работников. В то же время чрезмерное повышение цен на оказываемые лечебно – профилактические услуги может сопровождаться сокращением спроса.

В целом ценообразование – это процесс формирования цен, определения их уровня и оптимального сочетания.

В рыночной экономике возможности директивного установления цен на платные услуги ЛПУ существенно ограничены. Если пациенты не согласны с предлагаемой им ценой, то они могут отказаться от услуг данного учреждения или от услуг конкретного профиля. Это предполагает существование равновесной цены, определяемой с учетом потребительского спроса. Для установления такой цены она должна учитывать общие принципы ценообразования:

1. Отражать необходимые трудозатраты на производство медицинских услуг с учетом их потребительских свойств и качества;
2. Учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид медицинских услуг;
3. Обеспечивать получение прибыли;
4. Носить противозатратный характер и стимулировать улучшение качества медицинских услуг;
5. Методика ценообразования должна учитывать возможность установления гибких цен.

На себестоимость медицинской услуги оказывают влияние различные факторы. Рациональное использование средств, сокращение сроков лечения, улучшение организации лечебно – диагностического процесса приводит к ее снижению. Напротив, внедрение новой медицинской техники, привлечение высококвалифицированных специалистов, использование дорогостоящих медикаментов, увеличение затрат на питание, улучшение комфортности пребывания больных способствует ее увеличению.

Следовательно, необходима гибкая ценовая политика, которая сможет обеспечить не только выживаемость медицинского учреждения, но и максимизацию прибыли. Это возможно только при условии сочетания тактики низких цен для привлечения пациентов и высокого качества оказываемых услуг. Для этого необходимо оперативно и объективно оценивать все тенденции спроса и предложения, внедрять новейшие технологии, а это весьма сложно и зачастую требует больших затрат. В условиях экономической нестабильности необходимо учитывать инфляцию через механизм индексации расходов.

Немаловажно установление уровня цен в соответствии с поставленной целью. Различают минимальный уровень (определяется затратами), максимальный (обуславливается спросом или ценностью услуги), оптимальный (соответствует достижению поставленной цели), уровень цены, безразличный для потребителей (пациентам все равно, в каком учреждении получать услуги).

Для ЛПУ имеет значение и регулирование цен. Это воздействие на движение цен и обеспечение на этой основе благоприятных условий для эффективного функционирования ЛПУ. Регулирование осуществляется, прежде всего, на основе свободного движения спроса и предложения медицинских услуг, т.е. саморегулирования. На межучережденческом уровне регулирование включает соглашения о разделе рынков и установления определенного уровня цен. Государственное регулирование представляет собой наблюдение за ценами, косвенное регулирование (через налоги), прямое регулирование (установление фиксированных цен), соблюдение антимонопольного законодательства (запрещение «сговора» о ценах).

**ЛЕКЦИЯ №7. Анализ экономической деятельности ФАПа, здравпункта образовательных учреждений и производственных предприятий, СМП.**

**План:**

1. **Финансовые и материальные ресурсы здравоохранения.**
2. **Финансово – хозяйственная деятельность ФАПа, здравпункта образовательных учреждений и производственных предприятий, СМП.**
3. **Значение бухгалтерского баланса.**

**1.Финансовые и материальные ресурсы здравоохранения.**

Финансовые и материальные ресурсы являются основными видами ресурсов, используемыми организациями здравоохранения в процессе экономической деятельности.

Финансовые ресурсу здравоохранения – это совокупность всех видов денежных средств (российская и иностранная валюта, платежные карты и денежные документы), находящихся в распоряжении органов управления здравоохранения, ФОМС, организаций здравоохранений, страховых медицинских организаций, предназначенные для обеспечения функционирования и развития системы здравоохранения.

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

Большую часть материальных ресурсов в здравоохранении составляют основные средства. Основные средства в здравоохранении (основной капитал, основные фонды, основные ресурсы) – одна из составных частей активов организации здравоохранения, которые длительное время используются для производства медицинских товаров и услуг, постепенно перенося на них свою стоимость.

В здравоохранении к основным средствам относятся: здания, сооружения, оборудование, транспорт, измерительные приборы и устройства, вычислительная техника и другие объекты бухгалтерского учета и отчетности в соответствии с «Общероссийским классификатором основных фондов»со сроком полезного использования более 12 месяцев.

Общий объем основных средств может быть определен только в денежном выражении. Для этого анализируют их балансовую стоимость и рассчитывают показатель среднегодовой балансовой стоимости основных средств.

В процессе работы основные средства подвергаются физическому моральному износу.

Физический износ – это утрата основными средствами своей потребительской, в результате чего они становятся непригодными для дальнейшего использования. физический износ основных средств может быть следствием их эксплуатации, влиянии внешних (природных) факторов, чрезвычайных обстоятельств (пожар, наводнение и др.). Физический износ представляет собой материальную основу амортизации. Для оценки физического износа рассчитывается коэффициент физического износа объекта основных средств.

Достижение этим показателем значения, равного 1, служит основание для принятия решения о прекращении эксплуатации объекта основных средств или проведении его модернизации.

Моральный износ – это уменьшение стоимости основных средств на фоне научно – технического прогресса и роста производительности труда. Первое обстоятельство приводит, например, к появлению на рынке более современного диагностического оборудования, и это становится фактором снижения полезности действующих диагностических комплексов. Второе – к удешевлению вновь создаваемого оборудования по сравнению с действующим. Степень морального износа основных средств определяется экспертно и должна учитываться при определении сроков их службы, норм амортизации, при переоценке.

Своевременная и объективная оценка физического и морального износа основных средств, прежде всего диагностического и лечебного медицинского оборудования, в здравоохранении имеет принципиальное значение. От технических и эксплуатационных характеристик, к примеру, рентгенодиагностических комплексов, оборудования для лучевой терапии зависят здоровье и безопасность не только пациентов, но и обслуживающего персонала. Именно поэтому основные средства в здравоохранении (здания, сооружения, медицинское и бытовое оборудование, транспорт) должны подвергаться постоянной реновации.

Реновация– процесс замещения выбывающих в результате физического и морального износа основных средств новыми. Реновация служит необходимым условием обеспечения качества и безопасности производимых медицинских товаров и услуг и должна осуществляться в пределах амортизационного фонда за счет амортизационных отчислений.

Оборотные фонды организации здравоохранения представляют собой предметы одноразового использования, лекарственные препараты, мягкий инвентарь, продукты питания для пациентов, денежные средства, кассовые остатки, средства в расчетах и др.оборотные фонды переносят свою стоимость в стоимость производимых медицинских услуг целиком за год. Иначе говоря, если предметы и материалы имеют срок годности до года, то они относятся к оборотным фондам

**2.Финансово – хозяйственная деятельность ФАПа, здравпункта образовательных учреждений и производственных предприятий, СМП**

Одним из приоритетных направлений в работе школы является охрана здоровья обучающихся. Учитывая, что школа является местом массового скопления детей с различными особенностями здоровья, то и медицинское обеспечение обязательно должно быть организовано в каждой ***школе в виде здравпункта***. (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 29.12.2010 «Об утверждении СанПиН 2.4.2.2821–10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организации обучения в общеобразовательных учреждениях» № 189).

Некоторые работодатели понимают, что, даже если законодательством не предусмотрена организация врачебного кабинета, сделать это нужно. Ведь здоровье работающего зачастую отражается не только на работе, но и на выпускаемой им продукции. Например, при производстве продуктов питания.

Функции медпункта:

1. Предоставление первичной медицинской помощи до приезда сотрудников скорой помощи.
2. Ведение контроля и анализа [листков нетрудоспособности](https://zhazhda.biz/base/rasschet-oplata-bolnichnogo-lista).
3. При необходимости направление сотрудников на консультацию к узким специалистам в медицинские учреждения.
4. Организация [проведения медицинских осмотров](https://zhazhda.biz/base/medosmotr-rabotnikov) сотрудников и их контроля.
5. Предоставление справок в случае обращения за помощью.
6. Организация и осуществление предрейсовых осмотров для водителей, работников речного и морского флота и других специалистов, в ведении которых находится дорогостоящая техника и жизни людей.
7. Реализация мероприятий, направленных на предотвращение эпидемий.
8. Осуществление мероприятий, способствующих снижению травматизма и профессиональных заболеваний среди сотрудников.
9. Работа с отчетной документацией

Скорая медицинская помощь (СМП) — вид медицинской помощи, оказываемой гражданам при [заболеваниях](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C), [несчастных случаях](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%81%D1%87%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D1%81%D0%BB%D1%83%D1%87%D0%B0%D0%B9), [травмах](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0), [отравлениях](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Деятельность скорой медицинской помощи регламентирована приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 179 от 1 ноября 2004 г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» (с изменениями Приказ Министерства здравоохранения и социального развития № 586н от 2 августа 2010 г.)

Первым медицинским учреждением, в которое, как правило, обращается сельский житель, является фельдшерско-акушерский пункт (ФАП). Он функционирует как структурное подразделение участковой или центральной районной больницы. ФАП целесообразно организовывать в населенных пунктах с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения свыше 2 км, а если расстояние превышает 7 км, то и в населенных пунктах с числом жителей до 700 человек.

ФАП является учреждением здравоохранения в большей степени профилактической направленности. На ФАП возлагают и функции аптечного пункта по продаже населению готовых лекарственных форм и других аптечных товаров.

Работу ФАП возглавляет заведующий*,* основными задачами которого являются:

1. организация лечебно-профилактической и санитарно-эпидемиологической работы;
2. амбулаторный прием и лечение больных на дому;
3. оказание скорой и неотложной медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях (ранения, кровотечение отравления и др.) с последующим направлением больного в ближайшее лечебно-профилактическое учреждение;
4. подготовка больных к приему врачом на ФАП, проведение диспансеризации населения и профилактических прививок;
5. проведение противоэпидемических мероприятий, в частности, подворных обходов по эпидемическим показаниям с целью выявления инфекционных больных, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционные заболевания;
6. оказание медицинской помощи детям в дошкольных и школьных образовательных учреждениях, расположенных на территории деятельности ФАП и не имеющих в своих штатах соответствующих средних медицинских работников;
7. проведение санитарно-просветительной работы среди населения

На должность заведующего ФАП назначают лицо, получившее среднее медицинское образование по специальности «Лечебное дело» и имеющее сертификат по специальности «Лечебное дело». Кроме заведующего на ФАП работают акушерка и патронажная медицинская сестра.

Акушерка ФАПнесет ответственность за обеспечение и уровень оказания доврачебной медицинской помощи беременным и гинекологическим больным, а также за санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам охраны материнства и детства. Акушерка непосредственно подчиняется заведующему ФАП, а методическое руководство ее работой осуществляет врач акушер-гинеколог лечебно-профилактического учреждения, на которого возложена ответственность за оказание акушерско-гинекологической помощи населению на территории деятельности ФАП.

Патронажная медицинская сестраосуществляет профилактические мероприятия по оздоровлению детского населения.

При отсутствии в штатном расписании должности патронажной медицинской сестры, акушерка помимо своих обязанностей ведет наблюдение за состоянием здоровья и развитием детей 1-го года жизни. При отсутствии в штате фельдшерско-акушерского пункта акушерки и патронажной медицинской сестры их обязанности выполняет заведующий ФАП.

Основные показатели деятельности ФАПа.

* 1. Число посещений на одного жителя в год:

Число посещений ФАП в год

Число жителей

* 1. Нагрузка фельдшера на приеме в час:

Число посещений ФАП в год

число отработанных часов на приеме × число рабочих дней в году

* 1. Нагрузка фельдшера в день:

Число посещений ФАП в год

Число рабочих дней в году

* 1. Нагрузка фельдшера на дому в день:

Число посещений на дому в год

Число рабочих дней в году

* 1. Удельный вес посещений на дому:

Число посещений на дому x 100%

число посещений ФАП + число посещений на дому

* 1. Удельный вес заболеваний ангиной:

Число случаев ангины x 100%

Число всех заболеваний

* 1. Удельный вес заболеваний гипертонической болезнью:

Число случаев гипертонической болезни x 100%

Число всех заболеваний

* 1. Среднее число патронажных посещений на дому к детям в возрасте до 3 лет:

Число патронажных посещений на дому

Число детей до 3-х лет

Анализ финансово хозяйственной деятельности здравпункта образовательного учреждения и здравпункта предприятия, СМП, ФАПа проводится по основным поставленными перед ними задачами.

**3.Значение бухгалтерского баланса**

Универсальным документом, отражающим состояние финансовых и материальных ресурсов организации здравоохранения, результаты ее финансово – хозяйственной деятельности, является бухгалтерский баланс. Этот документ представляет собой двухстороннюю таблицу, в которой левая сторона называется активом баланса, правая сторона – пассивом баланса.

Данные баланса отражают финансовое положение организации здравоохранения, ее платежеспособность и доходность. Поскольку бухгалтерский баланс содержит информацию о финансовых и материальных ресурсах организации (активы), ее денежных обязательствах, капитале и резервах (пассивы), в его основу положено основное уравнение бухгалтерского учета:

АКТИВЫ = КАПИТАЛ + ОБЯЗАТЕЛЬСТВА

Таким образом, бухгалтерский баланс отражает равновесие или равенство активов и пассивов, т.е. ресурсов, находящихся в распоряжении организации, и источников денежных средств, за счет которых сформированы эти ресурсы.

Из этого следует вывод, что активов в организации здравоохранения не может быль больше, чем источников, за счет которых они образуются.

Активы бухгалтерского баланса организации здравоохранения – это часть бухгалтерского баланса, отражающая в денежном выражении совокупность финансовых, материальных и нематериальных ресурсов организации. Таким образом, активы представляют собой экономический ресурсный потенциал, который прямо или косвенно может быть трансформирован в денежный поток для осуществления финансово – хозяйственной деятельности организации здравоохранения.

Пассивы бухгалтерского баланса – это часть бухгалтерского баланса, отражающая совокупность источников денежных средств и обязательств организации, за счет которых сформированы ее активы. Пассив показывает возможное погашение организацией в будущем требований ее учредителей и кредиторов и стоимость этих требований.

Одно из важнейших свойств активов организации здравоохранения – их ликвидность.

Ликвидность активов – это способность финансовых, материальных, нематериальных ресурсов быстро и легко реализоваться для погашения денежных обязательств организации.

Оценка ликвидности имеет принципиальное значение для анализа деятельности организации здравоохранения, особенно в случаях невыполнения денежных обязательств. Что может быть проявлением ее неплатежеспособности и привести к банкротству.

**Используемая литература:**

1. «Экономика и управление в здравоохранении» под общей ред. Решетникова А. В. учебник и практикум М.: «Юрайт», 2017. – 303 с.
2. «Организационно – аналитическая деятельность» учебник/С.И.Двойников (и др.); под ред. С.И.Двойникова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 480с.: ил
3. Дробышев А.А., Момот Ф.Д., Артемьев В.Н., Евсеенко Л.В., Голева О.П., Резникова С.Г., Корнеенкова Т.П., Денисова А.П., Банюшевич И.А., «Основы общей экономической теории с экономикой здравоохранения» ООО «АНМИ» 2002 г.

**Интернет источники:**

1. <http://www.ipksz.ru/74-nauchnaya-biblioteka/elektronnye-meditsinskie-resursy-a-internete/60-elektronnye-meditsinskie-resursy-v-internete>
2. <https://medbe.ru/materials/obshchestvennoe-zdorove-i-zdravookhranenie/informatsionnye-resursy-v-zdravookhranenii/>
3. [**http://www.hon.ch/MedHunt/**](http://www.hon.ch/MedHunt/)
4. <https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00571210_0.html>
5. <https://xreferat.com/55/8619-1-ekonomika-zdravoohraneniya.html>