

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П

И. Н. КОЛЯДА, Т. М. ШАРШАКОВА, А. Н. КУРИЛЕНКО

**ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
ПЛАНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Рекомендовано учебно-методическим объединением
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию
в качестве учебно-методического пособия для студентов
учреждений высшего образования,
обучающихся по специальностям 1-79 01 01 «Лечебное дело»,
1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело»**

**Гомель
ГомГМУ
2021**

УДК 614.2:338.2(075.8)
ББК 51.1:65.9 я 73
К 62

Рецензенты:
кафедра права и экономических теорий
Белорусского торгово-экономического университета;

кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Белорусского государственного медицинского университета

Т. П. Павлович

Коляда, И. Н.

К 62 Экономика здравоохранения. Планирование и финансирование деятельности организаций здравоохранения: учеб.-метод. пособие / И. Н. Коляда, Т. М. Шаршакова, А. Н. Куриленко. — Гомель: ГомГМУ, 2021. — 84 с.
ISBN 978-985-588-223-8

Учебно-методическое пособие соответствует типовому учебному плану и типовой учебной программе дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Содержит характеристику основ и особенности планирования, финансирования, экономики здравоохранения, современные материалы по вышеуказанным темам, позволяющие оценивать ситуацию в национальной и мировой экономике и финансировании отрасли здравоохранения.

Предназначено для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 04 «Медико-диагностическое дело», 1-79 01 01 «Лечебное дело».

УДК 614.2:338.2(075.8)
ББК 51.1:65.9я73

ISBN 978-985-588-223-8

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
1. Экономика здравоохранения	6
1.1. Общие положения.....	6
1.2. Методы, используемые в экономике здравоохранения	9
1.3. Экономический анализ деятельности организаций здравоохранения	10
1.4. Эффективность здравоохранения.....	11
1.5. Виды эффективности в здравоохранении	13
1.6. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба.....	16
1.7. Методика расчета экономического эффекта от снижения заболеваемости.....	19
1.8. Формирование рыночных отношений в здравоохранении.....	20
2. Планирование здравоохранения.....	28
2.1. Принципы, методы планирования	29
2.2. Основные виды планирования здравоохранения	32
2.3. Основные функции плана	33
2.4. Основные разделы плана организации здравоохранения	34
2.5. Стратегическое планирование	35
2.6. Планирование медицинской помощи в амбулаторных условиях.....	39
2.7. Планирование медицинской помощи в условиях стационара	41
2.8. Контроль исполнения плана	42
3. Система государственных социальных стандартов. Государственные социальные стандарты в здравоохранении.....	43
4. Территориальная программа государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан	45
4.1. Разделы территориальной программы государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан	46
5. Модель конечных результатов деятельности организации здравоохранения.....	48

6. Предпринимательская деятельность.....	57
6.1. Предпринимательская деятельность в здравоохранении	57
6.2. Планирование предпринимательской деятельности в организациях здравоохранения (бизнес планирование)	59
7. Финансирование организаций здравоохранения	61
7.1. Финансовые ресурсы организаций здравоохранения	61
7.2. Модели финансирования организаций здравоохранения	61
7.3. Бюджетное устройство Республики Беларусь. Бюджет и его виды	63
7.4. Формирование и расходование государственного бюджета	66
7.5. Внебюджетные источники финансовых средств в организации здравоохранения	69
7.6. Смета расходов организации здравоохранения. Исполнение бюджета (сметы).....	70
7.7. Структура сметы расходов организации здравоохранения.....	70
7.8. Порядок рассмотрения и утверждения сметы	73
7.9. Платежная документация.....	74
7.10. Основные фонды организаций здравоохранения.....	76
7.11. Показатели основных фондов.....	76
7.12. Оплата труда медицинских работников	77
Литература	83

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проведение постоянного мониторинга и системного анализа в отрасли здравоохранения Республики Беларусь определяет ряд задач, для решения которых необходимо принятие эффективных мер по внедрению новых системных и организационных форм предоставления медицинской помощи, дальнейшей оптимизации отрасли, совершенствованию системы ее финансирования.

Одной из основных задач деятельности системы здравоохранения является ориентированность на потребности пациента [1, 2].

Приоритет первичного звена, выполнение в пределах выделенного финансирования утвержденных объемов медицинской помощи по видам деятельности; развитие высоких технологий и проведение структурной оптимизации отрасли с созданием межрегиональных центров, осуществление мероприятий совместно с Министерством финансов по планированию бюджетных расходов здравоохранения с использованием нормативов расходов на одного потребителя услуги (количество и стоимость койко-дня в стационаре, посещения в поликлинике, выезда скорой помощи), повышение качества оказания медицинской помощи и др. диктуют необходимость эффективно и рационально использовать выделенные государством финансовые средства на здравоохранение. В настоящее время в отрасли здравоохранения осуществляются мероприятия по нормативному методу бюджетного планирования (финансирования) и пациентоориентированного подхода, при котором «деньги следуют за пациентом».

Важность и значимость планирования здравоохранения обусловлена возрастающей потребностью населения в медицинской помощи, что связано с изменением возрастного состава населения, характером и структурой заболеваемости, спецификой социально-экономических процессов.

В связи с этим, врачи-специалисты здравоохранения не могут полностью реализовать себя без основательных экономических знаний. Все более возрастает потребность изучения будущими врачами-специалистами основ планирования и финансирования здравоохранения. Это продиктовано основными задачами, которые стоят перед здравоохранением — повышение эффективности его работы при экономном и рациональном использовании государственных инвестиций, внедрение новых хозяйственных форм и методов управления [1, 7].

1. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Общие положения

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

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

С учетом сказанного закономерно появляются следующие вопросы:

- стоимостная оценка здоровья как важнейшей составляющей национального богатства и фактора экономического роста государства;
- цена отдельной медицинской услуги и стоимость медицинской помощи в целом;
- оценка ресурсного потенциала здравоохранения и поиск новых источников его формирования;
- оценка эффективности функционирования здравоохранения в условиях рыночных отношений;
- оценка экономического ущерба от заболеваемости, инвалидизации и преждевременной смертности.

Ответы на эти и другие вопросы дает наука «экономика здравоохранения» [1, 2].

Экономика здравоохранения — это отраслевая экономическая наука, которая изучает проблемы эффективного использования ресурсов здравоохранения, управления ими для максимального удовлетворения потребностей людей в здоровье, товарах и услугах медицинского назначения. Иными словами, **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 медицинской помощи, т. е. профессиональной медицинской деятельности. 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 организаций.

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.

Обе группы отношений тесно взаимосвязаны, изучение этих взаимоотношений позволяет выбрать оптимальную организационно-правовую и экономическую модель деятельности системы здравоохранения на определенном этапе его развития

Экономические отношения могут рассматриваться на четырех уровнях:

- метаэкономическом;
- макроэкономическом;
- мидиэкономическом;
- 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:

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

Макроэкономический уровень — экономические отношения складываются в рамках национальной экономики в целом, и, прежде всего, в тех отраслях, которые непосредственно связаны со здравоохранением (ВОЗ). Здесь реализуются следующие основные задачи:

- определение доли государственных расходов на здравоохранение (процент от валового внутреннего продукта (ВВП));
- разработка и экономическое обоснование государственных целевых программ в области охраны здоровья населения;
- разработка механизмов обеспечения сбалансированности объемов государственных гарантий в предоставлении населению бесплатной медицинской помощи с финансовыми возможностями государства;

- разработка и внедрение системы стратегического планирования и финансирования здравоохранения;
- разработка и реализация инвестиционной политики здравоохранения;
- разработка законодательной базы для создания конкурентной среды на рынке медицинских услуг;
- разработка и экономическое обоснование программы государственных гарантий оказания гражданам Республики Беларусь бесплатной медицинской помощи.

Макроэкономика использует экономические показатели, характеризующие состояние всей экономики страны или мировой экономики как одного большого объекта. К таким показателям относятся экономический рост и спад, инфляция, занятость, безработица в масштабах страны. Таким образом, макроэкономика рассматривает взаимодействие системы здравоохранения с государством и обществом в целом и с другими отраслями хозяйства.

Мидиэкономический уровень — это экономические отношения внутри самой системы здравоохранения. На этом уровне разрабатываются и решаются следующие задачи:

- определение доли расходов на здравоохранение в республиканском бюджете;
- разработка и экономическое обоснование отраслевых целевых программ в области охраны здоровья населения;
- формирование и экономическое обоснование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Республики Беларусь бесплатной медицинской помощи;
- экономическое обоснование потребности населения Республики Беларусь в различных видах медицинской помощи и перспектив развития сети организаций здравоохранения с учетом демографических особенностей, структуры и уровня заболеваемости населения;
- формирование норматива финансирования системы здравоохранения Республики Беларусь в расчете на одного жителя;
- совершенствование механизмов финансирования отдельных организаций и самой системы здравоохранения на региональном уровне;
- контроль за соблюдением норм и правил бюджетного и налогового законодательства;
- анализ экономической эффективности использования ресурсов здравоохранения;
- создание мониторинга финансово-хозяйственной деятельности системы здравоохранения.

Микроэкономический уровень охватывает деятельность каждой отдельной организации здравоохранения ее звеньев и структурных подразделений.

На этом уровне реализуются следующие задачи:

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

В действительности задачи этих четырех уровней тесно взаимосвязаны и решаются, как правило, комплексно [1, 2, 3, 4, 5].

1.2. Методы, используемые в экономике здравоохранения

- Математико-статистические.
- Анализа и синтеза.
- Балансовый.
- Прогнозирование.
- Экономико-математическое моделирование.
- Экономический эксперимент.

Математико-статистические методы помогают вскрыть количественную взаимосвязь между явлениями. Раскрывая количественные изменения процессов, экономика здравоохранения исследует переход количественных показателей в новое качество оказанной медицинской помощи и на качественно новый уровень здоровья.

Анализа и синтеза. В процессе анализа происходит расчленение исследуемого явления на его составляющие части. Синтез предусматривает интеграцию полученных данных с целью выявления наиболее существенных закономерностей.

Балансовый метод представляет собой совокупность приемов экономических расчетов. Он используется для установления строго определенного количественного соотношения между составляющими процесса. Схема экономических балансов строится по принципу равенства величин: ресурсов и возможностей их использования, с учетом создания резервов.

Экономико-математическое моделирование — воспроизведение экономических объектов и процессов в малых, экспериментальных формах. В экономике чаще используется математическое моделирование, посредством описания экономических процессов математическими зависимостями. Модель экономического объекта, как правило, поддерживается реальными статистическими данными, что позволяет строить прогнозы и проводить объективные оценки.

Прогнозирование представляет собой научное предвидение наиболее вероятных изменений состояния отрасли здравоохранения. Построение вероятностных прогнозов развития отрасли должно корреспондироваться с прогнозами изменения состояния здоровья населения.

Экономический эксперимент предусматривает поиск тех или иных методов повышения эффективности деятельности системы здравоохранения на примере нескольких регионов или отдельных организаций здравоохранения.

Общественное здоровье определяется с использованием ряда обобщенных показателей:

1. Численность населения и его популяционная характеристика. С учетом динамических изменений показателя осуществляется кратко- и долгосрочное прогнозирование объемов медицинской помощи.

2. Уровень рождаемости.

3. Уровень смертности.

4. Структура заболеваемости. Изучение структуры заболеваемости в зависимости от пола и возраста пациентов позволяет экономически эффективно распределить ограниченные материальные и финансовые ресурсы, организовать подготовку кадров — общего профиля и специализированных [1, 2, 3, 4, 5].

1.3. Экономический анализ деятельности организаций здравоохранения

Экономический анализ в здравоохранении — это совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности организаций здравоохранения и их подразделений, позволяющих обеспечить достоверную оценку результатов деятельности, выявить пути рационализации использования ресурсов.

Особенность экономического анализа состоит в том, что его посредством оцениваются результаты действий всех функций управления. Благодаря этому предоставляется возможность выработать управленческие решения — плановые, организационные и другие управленческие акты, способствующие переводу деятельности организаций здравоохранения на более высокий уровень развития.

Задачи экономического анализа:

1. Выявление потребностей общества в услугах организации здравоохранения в необходимом объеме. Экономический анализ подкрепляет организационные мероприятия экономическими расчетами, позволяет выявить факторы, которые могут оказать на нее влияние.

2. Изучение полноты удовлетворения потребности общества в услугах организаций здравоохранения и проверка установленных нормативов.

3. Проведение оценки эффективности использования ресурсов.
4. Выявление и измерение факторов отклонений фактических показателей хозяйственной деятельности организации здравоохранения от нормативных и определение резервов.
5. Осуществление контроля за соблюдением принципов финансирования государственных организаций здравоохранения.
6. Подготовка аналитической информации для выбора оптимальных управленческих решений.

Виды экономического анализа:

- **по содержанию процесса управления:** текущий, оперативный, перспективный;
- **по полноте охвата:** полный, локальный, тематический;
- **по периодичности проведения:** систематический, разовый;
- **по методам изучения объектов:** комплексный, сплошной, выборочный;
- **по ориентации:**
 - **внешний анализ:** оценивает рентабельность организации здравоохранения, интенсивность использования его финансовых средств в целом. На основе внешнего анализа определяется взаимоотношение объекта здравоохранения с акционерами, кредиторами и налоговыми органами;
 - **внутренний анализ:** рассматривается механизм достижения экономических результатов. В процессе этого анализа прослеживается формирование прибыли организации здравоохранения, структура оказываемых услуг, характер и причины отклонения цен на услуги от запланированных.

Направления экономического анализа организации здравоохранения:

- использование основных фондов;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;
- использование персонала;
- анализ финансовых расходов [1, 2, 3, 4, 5].

1.4. Эффективность здравоохранения

Эффект — результат, полученный в ходе реализации процесса или выполнения операции. Эффект — величина абсолютная, может быть или положительным, или отрицательным.

Под **эффектом** понимается конкретный конечный результат.

Эффективность — результативность операции или процесса, определяемая путем соотношения полученного эффекта и понесенных затрат. Эффективность может быть нулевой или положительной, однако данная величина всегда является относительной. Это очень важно для экономиче-

ской теории, где невозможно определить результативность процессов без глубокого анализа. Эффект очевиден, и его можно измерить формально. Чтобы установить эффективность, необходимо разделить результат труда на затраты. Словосочетание «отрицательная эффективность» — это неверное использование термина «отрицательная рентабельность», и второй вариант более предпочтителен для оценки экономической ситуации.

Эффективность здравоохранения определяется как значимость здравоохранения в развитии общественного производства и повышении его результативности. Это не только борьба за экономию средств, но и за более полное удовлетворение потребностей населения в здоровье при определенных затратах. Под понятием эффективность в здравоохранении понимают отношение результатов медицинской и экономической деятельности, выраженных в определенных показателях, к производственным затратам.

Понятие эффективности медицинской помощи не следует отождествлять с общепринятой в сфере материального производства категорией эффективности. Даже при применении самого квалифицированного труда с использованием современных медицинских технологий можно получить нулевой или отрицательный результат (отсутствие положительной динамики в состоянии, смерть пациента).

Показатели эффективности деятельности медицинских организаций служат критерием социальной и экономической значимости здравоохранения в обществе [1, 2, 6].

Экономичность здравоохранения — экономное расходование потребляемых системой здравоохранения средств.

Это фундаментальное понятие отражает основные требования закона хозяйствования: достижение наибольших результатов при наименьших затратах.

Итак, **эффективность** — это степень достижения запланированного эффекта.

Оценка эффективности здравоохранения может проводиться по:

- **виду эффективности:** медицинская, социальная, экономическая;
- **уровню:** работы врача, работы структурных подразделений, работы медицинских организаций, работы отрасли здравоохранения;
- **этапам работы** или комплексу медицинских технологий: предупреждения заболевания, диагностики и лечения заболевания, реабилитации пациента;
- **объему работы:** эффективность лечебно-профилактических мероприятий, эффективность медико-социальных программ;
- **способу измерения результатов** через снижение потерь ресурсов, экономию ресурсов, дополнительно полученный результат, интегрирующий все результаты показатель;
- **затратам:** общественного труда, живого овеществленного труда;

— **форме показателей:** эффективность системы здравоохранения, отдельных медицинских организаций измеряется совокупностью статистических показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону медицинской деятельности — нормативные показатели здоровья населения, показатели трудовых затрат, стоимостные показатели и др.

Выбор критериев эффективности, как правило, индивидуализирован с учетом специфики осуществляемой программы или мероприятия.

Результаты деятельности здравоохранения анализируются с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности. Между ними существует тесная взаимосвязь и взаимообусловленность.

Различают также общую и сравнительную эффективность.

Общая (абсолютная) эффективность определяется соизмерением получаемого абсолютного социального и социально-экономического эффектов со всей суммой затрат, связанных с их получением.

Сравнительная эффективность, имеющая целью выбор наиболее эффективного социального и социально-экономического вариантов, определяется сравнением вариантов по разности приведенных затрат [1, 2, 6].

1.5. Виды эффективности в здравоохранении

Медицинская эффективность — это степень достижения медицинского эффекта (результата) в профилактике, диагностике, лечении, реабилитации пациентов. На уровне метода воздействия медицинская эффективность проявляется в нормализации уровней гематологических, иммунологических показателей, скорости заживления ран и т. д. На уровне *пациента* — в выздоровлении или улучшении состояния здоровья, восстановлении утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне организации здравоохранения — в изменении показателей деятельности, например, использования коечного фонда. На уровне отрасли в целом и здоровья населения медицинская эффективность измеряется множеством показателей: удельный вес излеченных пациентов, уменьшение случаев перехода заболевания в хроническую форму, унижение уровня заболеваемости населения и т. д.

Показатели медицинской эффективности:

— удельный вес пациентов с 1–2 стадиями злокачественных новообразований;

— удельный вес пациентов с алкоголизмом (наркоманией) с ремиссией более 1 года;

— показатель эффективности диспансеризации;

— показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов и др.

Медицинский (результат) здравоохранения может также выражаться различными статистическими показателями, определяющими уровень забо-

леваемости и ее тенденции, летальность, число заболевших и выздоровевших лиц, показателями, характеризующими качество медицинской помощи и т. д.

ВОЗ рассматривает медицинскую эффективность как один из аспектов качества медицинского обслуживания наряду с адекватностью, экономичностью и научно-техническим уровнем.

Социальная эффективность тесно связана с медицинской эффективностью, хотя имеет более широкий смысл.

Социальная эффективность характеризуется степенью достижения поставленных целей, прежде всего, в области улучшения общественного здоровья. Социальный эффект (результат) здравоохранения измеряется такими показателями, как средняя ожидаемая продолжительность жизни, рождаемость, смертность, естественный прирост населения и т. д. Социальный эффект здравоохранения зависит от состояния социально-экономических условий в стране.

Одним из основных критериев социальной эффективности является **показатель доступности медицинской помощи**. Он может измеряться в виде реальных временных и материальных затрат различных социальных групп населения при получении гарантированной (бесплатной) медицинской помощи.

Результаты оценки социальной эффективности важны для управления системой здравоохранения.

Экономическая эффективность — это показатель оценки экономической деятельности здравоохранения. Рассматривается в двух аспектах: внутренний аспект — эффективность использования различных видов ресурсов в системе здравоохранения; внешний — влияние здравоохранения на развитие экономики страны.

Экономическая эффективность определяется соотношением достигнутого экономического результата (эффекта) к затратам. Затраты, выраженные в денежной форме — это расходы, или, иначе, издержки. Различают издержки постоянные и переменные, прямые и косвенные (косвенные и накладные) [1, 2, 6].

Экономическая эффективность является интегральной, отражающей прямой и косвенный положительный вклад здравоохранения в народное хозяйство. Экономический эффект здравоохранения измеряется в денежных единицах. На государственном уровне он складывается из:

- прироста ВВП за счет снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- повышения объема дополнительно произведенной продукции;
- повышения числа рабочих дней и потенциального числа трудовых ресурсов;
- сокращения затрат на здравоохранение;
- экономии средств по выплате пособий социального страхования и социального обеспечения.

Экономическая эффективность — важнейший показатель оценки экономической деятельности системы здравоохранения в целом, отдельных организаций, специализированных служб, а также результатов медико-социальных программ. Этот показатель рассчитывается как отношение полученного экономического эффекта к затратам:

$$\text{Экономическая эффективность} = \frac{\text{Экономический эффект}}{\text{Затраты}}$$

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

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

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

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

Особенность оценки экономической эффективности в здравоохранении заключается в том, что нередко медицинские мероприятия профилактической, лечебной, реабилитационной направленности могут быть экономически невыгодны, однако медицинская и социальная эффективность от их реализации достаточно высока. Так, например, при оказании медицинской помощи пожилым людям с хроническими и дегенеративными заболеваниями, пациентам с умственной отсталостью достигается определенная медицинская и социальная эффективность — человеку сохраняется и продлевается жизнь, в то же время экономическая эффективность будет отрицательной — он может стать инвалидом, лишиться возможности заниматься производственной деятельностью, что повлечет за собой экономический ущерб.

Или другой пример: выздоровление пациента трудоспособного возраста будет означать уменьшение экономических потерь, связанных с объемом произведенной и нереализованной продукции в период нахождения

ния его на больничном листе, т. е. принесет значительный экономический эффект. В то же время выздоровление нетрудоспособного пенсионера и инвалида не принесет ожидаемого экономического эффекта, более того, будет означать дополнительные экономические потери в связи с выплатами пенсии по старости или пособия по инвалидности [1, 2, 6].

Экономический эффект (результат) — это предотвращенный экономический ущерб в результате проведения комплекса медицинских мероприятий. Находится как разница между экономическим ущербом вследствие заболевания или смерти до и после проведения комплекса медицинских мероприятий. Это тот ущерб, который удалось предотвратить в результате применения комплекса медицинских мероприятий.

Выделяют прямой и косвенный экономический эффект

Прямой экономический эффект обусловлен улучшением методики или организации того или иного мероприятия, ведущим к его удешевлению.

Косвенный экономический эффект является следствием медицинско-го и социального эффекта как результат улучшения профилактики и лечения. Это ведет к уменьшению затрат за счет экономии средств на борьбу с заболеваниями, к снижению экономического ущерба в связи с утратой трудоспособности и смертностью.

Экономический эффект может быть измерен в виде уменьшения потерь в производстве национального продукта в связи со снижением преждевременной смертности людей; увеличения числа сохраненных жизней в трудоспособном возрасте; снижения затрат вследствие уменьшения уровня инвалидности; нарастания объема производства прибавочного продукта в результате мероприятий здравоохранения и т. д. [1, 2, 6].

1.6. Роль здравоохранения в предотвращении экономического ущерба

Различают прямой и косвенный экономический ущерб

Прямой экономический ущерб — это затраты финансовых, материальных, информационных и прочих ресурсов, используемых в процессе оказания населению медицинской помощи. К ним относятся прямые затраты на лечение, профилактику, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, научные разработки, подготовку медицинских кадров, выплату пособий по временной нетрудоспособности и пенсий по инвалидности.

Косвенный экономический ущерб — это экономические потери, связанные со снижением производительности труда, непродуцированной продукцией и снижением национального дохода на уровне народного хозяйства в результате болезни, инвалидности или преждевременной смерти, экономические потери, связанные с выплатами пособий по временной утрате трудоспособности, пенсий по инвалидности, числом непрожитых

трудоспособных лет жизни (в стоимостном выражении), уменьшением производства ВВП и др.

В перечень народно-хозяйственных показателей экономического ущерба входят:

- экономические потери от инвалидности;
- народно-хозяйственные потери от преждевременной смерти. Экономика здравоохранения, наряду с общеэкономическими проблемами, изучает ряд специальных вопросов:

- заболеваемость и ее влияние на общественное производство;
- экономический эффект ликвидации определенных заболеваний;
- экономический эффект профилактических мероприятий и др.

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

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

Экономический ущерб вследствие заболеваемости (в расчете на одного человека) находится по формулам 1 и 2:

для работающего:

$$Y_{зр} = (Д + Б_{л}) \times T_{р} + Z_{апу} \times Ч + Z_{ст} \times T_{к}, \quad (1)$$

для неработающего:

$$Y_{зн} = Z_{апу} \times Ч + Z_{ст} \times T_{к}, \quad (2)$$

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

$Б_{л}$ — среднедневной размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника;

$T_{р}$ — длительность лечения в рабочих днях;

$Z_{апу}$ — стоимость затрат на одно посещение в АПУ;

$Ч$ — число посещений в АПУ;

$Z_{ст}$ — стоимость затрат на один койко-день;

$T_{к}$ — длительность лечения в календарных днях.

Экономический ущерб от инвалидности (в расчете на одного инвалида) находится по формуле 3:

$$Y_{и} = D \times T_p + (П + С + Л) \times T_k, \quad (3)$$

где D — стоимость продукции, недопроизведенной в результате инвалидности (за один рабочий день);

T_p — число рабочих дней, потерянных по инвалидности;

$П$ — размер пенсии по инвалидности в день;

$С$ — размер социальных льгот в день;

$Л$ — затраты на медицинское обслуживание инвалида в день;

T_k — число календарных дней, проведенных на инвалидности.

Расчет экономического ущерба на одного работающего и неработающего инвалидов имеет отличия, связанные, прежде всего, с необходимостью учета дополнительных затрат на профессиональную переподготовку и подбор соответствующей профессии для работающего инвалида, разности стоимости продукции, производимой на прежней и новой работе и др. [1, 2, 6].

Экономический ущерб от смертности в трудоспособном возрасте (в расчете на одного человека) находится по формулам 4 и 5:

$$\text{для мужчин: } Y_{см} = (60 - V) \times D, \quad (4)$$

$$\text{для женщин: } Y_{сж} = (55 - V) \times D, \quad (5)$$

где V — возраст умершего;

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

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

Рассчитав суммарный экономический ущерб вследствие заболеваемости, инвалидности, смертности в трудоспособных возрастах, можно найти **экономический эффект** (предотвращенный экономический ущерб) деятельности системы здравоохранения, который рассчитывается как разность суммарного экономического ущерба до и после реализации комплекса медицинских и санитарно-эпидемиологических мероприятий (формула 6):

$$\mathcal{E} = Y_1 - Y_2, \quad (6)$$

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

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

На уровне отрасли экономический эффект выражается в снижении затрат на услуги медицинского назначения [1, 2, 6].

1.7. Методика расчета экономического эффекта от снижения заболеваемости

Экономические потери от одного случая заболевания работающего пациента складываются из не произведенной работником продукции из-за болезни, из выплаты пособия по временной нетрудоспособности, из стоимости лечения. Экономические потери одного случая заболевания неработающего пациента фактически равны стоимости лечения.

Исходные условия для расчета:

— при расчете непроизведенной за дни болезни продукции используются средние данные по народному хозяйству;

— сумма расходов выплат пособия по временной нетрудоспособности рассчитывается по контингенту пациентов (по отрасли, в которой они работают) или принимаются средние данные по народному хозяйству;

— стоимость лечения, проводимого в стационаре и амбулаторно, рассчитывается отдельно:

- затраты на лечение одного пациента в стационаре — это произведение стоимости одного койко-дня на количество дней пребывания;

- затраты на лечение амбулаторно — это произведение числа амбулаторных посещений (включая врачебное посещение на дому) на среднюю стоимость одного посещения.

Формула для расчета экономического эффекта (ЭЭ) от снижения заболеваемости (формула 7):

$$\text{ЭЭ} = Y (C_{\text{пр}} - C_{\text{отч}}), \quad (7)$$

где Y — средние экономические потери в расчете на 1 случай заболевания;

$C_{\text{пр}}$ — количество случаев заболеваний в предыдущем году;

$C_{\text{отч}}$ — количество случаев заболеваний в отчетном году.

Расчет экономических потерь от 1 случая заболевания:

$$Y = (D + B)t \times 0,75P/Ч + Л \times t, \quad (8)$$

где D — непроизведенная одним работающим продукция за один рабочий день (р.);

B — средний размер пособия по временной утрате трудоспособности (ВУТ) (р.);

t — средняя продолжительность одного случая заболевания (календарные дни);

$0,75$ — коэффициент перевода календарных дней в рабочие;

P — численность работающих;

$Ч$ — численность населения;

$Л$ — стоимость лечения в расчете на одного пациента за один календарный день.

Примечание (данные Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 2014 г.):

Стоимость одного посещения терапевта в поликлинике 56 тыс. руб.

Стоимость одного койко-дня в стационарном отделении терапевтического профиля 335 тыс. руб.

Средняя стоимость недоданной продукции одного работающего в день 652 тыс. руб. (величина ориентировочная).

Средний размер пособия по временной нетрудоспособности — 88 тыс. руб. (величина с определенной периодичностью корректируется).

Средняя стоимость одного посещения поликлиники:

- обратно пропорциональна общему числу посещений — с их увеличением она уменьшается;
- изменяется в зависимости от специалиста, к которому направлен (обращается) пациент; например, стоимость посещения ревматолога, эндокринолога примерно в 1,5 раза выше, чем участкового терапевта;
- расходы на одно посещение врачами пациентов на дому по однопрофильным специальностям в 1,5–3 раза превышают расходы при посещении пациентом поликлиники [1, 2, 6].

1.8. Формирование рыночных отношений в здравоохранении

Действуя в условиях рыночной экономики, здравоохранение, как и любая другая отрасль, подчиняется законам рынка.

В обыденной жизни рынок чаще всего ассоциируется с местом, где можно купить продукты, одежду, хозяйственные товары и т. д. Это самая древняя форма рынка — традиционное место, где покупатели и продавцы совершают сделки. С точки зрения экономики рынок отражает взаимоотношения, которые складываются между производителями, продавцами, посредниками и потребителями товаров и услуг. Существует множество определений рынка, но все они сводятся к тому, что **рынок** является совокупностью экономических отношений, проявляющихся в сфере обмена товаров и услуг, в результате которых формируются спрос, предложение и цена в условиях конкуренции.

При этом на основе исследования и прогнозирования рынка формируется комплексная система организации, производства и сбыта товаров и услуг, получившая название маркетинга.

Три основных принципа формирования и функционирования рынка:

- взаимовыгодность;
- возмездность;
- эквивалентность.

Для развития и функционирования рынка в любой сфере необходимо наличие определенных условий. Условиями в становлении рыночных отношений в здравоохранении являются:

— многообразие форм собственности и видов хозяйствования, а также их равные возможности, позволяющие развитию конкуренции;

— неограниченное число участников рынка товаров и услуг в здравоохранении с равным, свободным доступом на рынок и выходом из него;

— действие механизмов рыночного ценообразования на основе складывающегося спроса и предложения;

— равный доступ всех участников рынка к имеющимся в здравоохранении и ресурсам;

— наличие у каждого участника рынка необходимой рыночной информации (спрос, предложение, цена и т. д.);

— возможность регулирования рыночных процессов со стороны государства.

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

Рынок в здравоохранении включает в себя целую систему взаимосвязанных рынков: медицинских услуг, лекарственных препаратов, труда медицинского персонала, научных разработок, медицинских технологий, медицинского оборудования и др. [1, 16, 17,18].

Различают следующие основные понятия рынка:

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

Спрос — это одно из фундаментальных понятий рыночной экономики. Применительно к здравоохранению **спрос (потребность)** — это количество медицинских товаров и услуг, которое желает и может приобрести общество (отдельные пациенты) в данный период времени по определенной цене.

Различают следующие виды спроса на рынке медицинских товаров и услуг:

1. **Отрицательный спрос** — негативное отношение потребителей; нередко выявляется по отношению к таким услугам профилактической направленности, как профилактическая иммунизация, диспансерное обследование отдельных контингентов, болезненные, дорогостоящие процедуры и др.

2. **Отсутствие спроса (безразличие).**

3. **Скрытый спрос.** Когда отдельные пациенты могут испытывать потребность, которую невозможно удовлетворить с помощью имеющихся на рынке медицинских товаров и услуг, например, услуги семейного врача, сервисные услуги, индивидуальное питание в стационаре и др., и потребитель не может удовлетворить свои нужды с помощью имеющихся на рынке товаров и услуг).

4. **Нерациональный спрос** (спрос на опасные для здоровья товары (услуги) медицинского назначения).

5. **Падающий спрос.** Например, в последнее время упал спрос на профилактические прививки, потому что пациенты стали увязывать их с развитием осложнений, особенно у детей.

6. **Нерегулярный спрос** (колеблющийся). Это сезонные временные колебания. Например, спрос на санаторно-курортное лечение выше в весенне-летний период, чем в осенне-зимний. Обращения к отдельным врачам-специалистам зависят от сезонности некоторых заболеваний (грипп, язвенная болезнь, вирусный гепатит и др.).

7. **Чрезмерный спрос.** В здравоохранении наблюдается чрезмерный спрос на urgentную медицинскую помощь в праздничные и послепраздничные дни, когда пациенты, страдающие хроническими заболеваниями, нарушают диету, режим, злоупотребляют алкоголем; возрастает уровень травматизма.

Спрос на медицинские услуги можно рассчитать по формуле 8:

$$C = N \times П, \quad (8)$$

где C — спрос на медицинские услуги;

N — число пациентов;

П — показатель обращаемости населения за медицинскими услугами.

Факторы, влияющие на спрос:

— цена;

— уровень доходов населения;

— возрастно-половая структура населения;

— мода;

— «врачебный» фактор;

— реклама.

Следующее основополагающее понятие рынка — **предложение**. Величина предложения определяется количеством товаров и услуг, которое производитель (продавец) желает и может продать по данной цене в определенный период времени.

Применительно к здравоохранению **предложение** — это количество медицинских товаров и услуг, которое производители могут оказать за определенный период времени населению. Предложение, при прочих равных условиях, также меняется в зависимости от изменения цены: по мере роста цен производители (продавцы) предлагают пациентам большее количество това-

ров и услуг. При падении цены их заинтересованность уменьшается и, соответственно, уменьшается объем производимых ими товаров и услуг.

Факторы, влияющие на предложение:

- численность и квалификация персонала;
- производительность оборудования;
- налоговая политика;
- ценовая политика.

Рынок здравоохранения делится на три основных сегмента:

1. Лечебно-диагностический, охватывающий спрос и предложение на лечебно-диагностические процедуры. Он наиболее соотносится с заболеваемостью и болезненностью населения.

2. Медико-социальный, охватывающий спрос и предложение на медико-социальные услуги, поддерживающий и определяющийся определенным уровнем качества жизни.

3. Профилактический, охватывающий спрос и предложение на профилактические медицинские услуги. Высокий спрос возможен только при высоком качестве жизни потребителей и желании сохранить данный уровень качества и даже улучшить его.

Наиболее важной составляющей рынка здравоохранения является рынок медицинских услуг.

Рынок медицинских услуг — это совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, реализуемых в условиях конкурентной экономики [1, 3, 4, 5].

Особенности рынка медицинских услуг:

1. Высокая социальная значимость, связанная с приоритетностью для общества медицинских услуг и обуславливающая приоритет социальной и медицинской эффективности перед экономической.

2. Риск и неопределенность, опасность развития ситуации недостаточного контроля и нерегулируемого рынка, развивающегося либо в сторону государственного ужесточения, либо в сторону формирования страховой медицины.

3. Внешние социальные эффекты, среди которых выделяются как положительные, так и отрицательные.

4. Асимметричное распределение информации между потребителем и поставителем товара.

Специфика рынка медицинских услуг:

1. Повышает вероятность формирования затратного механизма в здравоохранении: производители медицинских услуг в рыночной среде могут расширять объем услуг, чтобы обеспечить загрузку имеющихся мощностей и увеличить свой доход. Если этим процессом не управлять, то будут расти удельный вес дорогостоящих видов медицинских услуг и общие за-

траты на случай лечения. Снизится заинтересованность в профилактике заболеваний и использовании относительно простых, но эффективных медицинских технологий.

2. Определяет возможность противоречия между действиями, направленными на повышение локальной и структурной эффективности: заинтересованность конкретного врача в наращивании объема услуг отнюдь не всегда ведет к повышению конечных результатов работы системы в целом.

3. Целенаправленное управление объемами и структурой оказания медицинской помощи, оказываемой населению.

4. Государство берет на себя финансирование значительной части медицинской помощи населению с использованием механизмов перераспределения доходов — на основе общего налогообложения или целевых налогов на нужды здравоохранения. Кроме того, государство берет на себя прямое оказание части медицинской помощи — не только тех видов, которые обладают свойствами «общественных благ», но и услуг, потребление которых носит индивидуальный характер.

Если рассматривать здоровье в качестве экономической категории, то можно считать его выражением экономических отношений, связанных с охраной и укреплением физического, психического и социального благополучия человека.

В экономическом аспекте здоровье — это результат труда как услугопроизводящей деятельности в здравоохранении.

Услуга — любое мероприятие или выгода, которую одна сторона может предложить другой и которая в основном неосвязаема и не приводит к завладению чем-либо. Производство услуг может быть связано или не связано с товаром в его материальном виде. Услугам присущи следующие свойства:

- неосвязаемость;
- неотделимость от источника;
- непостоянство качества;
- несохраняемость [1, 2, 3, 4, 5].

Медицинская услуга — это профессиональные действия, направленные на сохранение или поддержание оптимального уровня здоровья индивидуума.

Медицинская услуга — это структурный элемент профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, санаторно-курортной, санитарно-эпидемиологической, лекарственной, протезно-ортопедической и других видов медицинской помощи, имеющий определенную стоимость.

Медицинская услуга — это продукт не только производителя (медицинского работника), но и потребителя (пациента). Качество медицинской услуги формируется в результате согласованных действий медицинского работника и желания пациента получить пользу. Результат лечения будет во многом зависеть от того, насколько точно пациент выполняет рекомендации и

назначения. Несвоевременное обращение за медицинской помощью также может стать причиной неблагоприятного исхода, что не зависит ни от уровня квалификации медицинского персонала, ни от характера его действий.

По условиям и месту оказания медицинские услуги можно разделить на оказываемые на дому, в амбулаторно-поликлинических, больничных и других организациях здравоохранения. Медицинская услуга может быть простой и комплексной. Под простой медицинской услугой понимается неделимая услуга, например, диагностическая манипуляция, осмотр врача и др.

Комплексная услуга может быть представлена как совокупность простых услуг, отражающих сложившийся в каждой конкретной организации технологический процесс оказания медицинской помощи при данном заболевании.

Кроме того, различают стандартные и индивидуальные медицинские услуги.

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

Индивидуальные медицинские услуги обладают широким спектром манипуляций диагностических, лечебных процедур, большим набором лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Они имеют дифференцированные прейскуранты цен, максимально учитывающие индивидуальность затрат при их выполнении [1, 3, 4, 5].

Основные особенности медицинских услуг:

- результат профессиональной деятельности воплощен в самом человеке;
- характер услуги индивидуальный;
- результативность не связана напрямую с величиной затрат;
- результат разнообразен по сроку проявления и необходимости повторного воздействия;
- услуги предоставляются в материализованном и нематериализованном виде;
- стоимость услуги — величина динамичная.

Специфическими особенностями медицинских услуг являются:

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

Неосвязаемость. Медицинскую услугу невозможно увидеть, услышать, потрогать, осязать до момента ее потребления. Ни одному пациенту никогда не удастся заранее узнать абсолютно все о потребительских свойствах оказываемых ему услуг. Любая информация об этом, даже исходящая от леча-

щего врача, всегда будет иметь вероятностный характер. Оценка потребительских свойств медицинских услуг проводится, как правило, на уровне субъективного восприятия их результативности (полезного эффекта и побочных действий), ощущений и эмоциональных переживаний пациентов.

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

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

Неоднозначность в оценке результата. Медицинскую услугу не всегда можно оценить только положительно. Например, при ампутации ноги пациенту мы получим положительный медицинский эффект: пациент остался жив и сможет выполнять какую-либо работу в специально созданных условиях, но он стал инвалидом — это отрицательный социальный эффект [1, 3, 4, 5].

Свойства медицинских услуг можно систематизировать следующим образом:

1. Общие свойства:

- неосвязаемость (нематериальный характер) услуги до ее получения;
- неразрывность производства и потребления услуги;
- неоднородность или изменчивость качества;
- неспособность услуг к сохранению впрок.

2. Экономические составляющие:

- себестоимость;
- рентабельность;
- эффективность;
- цена услуги;
- методика ценообразования.

3. Медико-социальные свойства:

- своевременность;
- доступность;
- качество.

Классификация медицинских услуг:

Все услуги, предоставляемые системой здравоохранения, можно разделить на следующие виды:

- лечебные;
- диагностические;
- профилактические;
- реабилитационные;
- медико-экспертные;
- социальные;
- подготовка кадров, их аттестация и сертификация;
- аккредитация и лицензирование;
- сервисные.

При соединении объекта труда и средств труда в здравоохранении может начаться процесс производства медицинской услуги, направленный на достижение поставленной цели — получение продукта или результата труда в форме определенного полезного эффекта охраны и укрепления здоровья.

Предоставление медицинских услуг целесообразно рассматривать с двух точек зрения.

1. С организационно-экономической точки зрения, формы оказания услуг здравоохранения могут быть самыми разнообразными. Здесь могут действовать стационары, поликлиники, диспансеры и т. д. Здравоохранение, функционирующее как отрасль экономики, взаимосвязанное с рядом других отраслей, должно иметь соответствующие управленческие структуры разных уровней и назначения. Организация здравоохранения в наибольшей степени отражает технологии лечебно-диагностического, профилактического процесса.

2. С общественно-экономической точки зрения важны вопросы, кто является собственником средств труда, применяемых в процессе оказания медицинских услуг, каковы источники финансирования, оплаты процесса оказываемых услуг, кто и в каких формах присваивает получаемый при этом доход.

Потребитель услуг здравоохранения и действительный носитель позитивного результата медицинской деятельности — конкретный человек. В связи с этим выделяется такая категория, как индивидуальное здоровье, которое выражается через устанавливаемые медицинскими методами нормы, параметры, показатели функционирования физической основы и индивидуального сознания пациента при его обращении за услугой к врачу или при предоставлении профилактических услуг.

На макроэкономическом уровне исследования здоровья как экономической категории рассматривается общественное здоровье, т. е. состояние здоровья в целом для того или иного государства, континента, мира [1, 3, 4, 5].

2. ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На современном этапе все государства мира, преуспевающие и развивающиеся, занимаются планированием. На уровне корпораций, при наличии жесткой конкуренции, системе планирования уделяется особо пристальное внимание. На него выделяется столько средств, привлекаются такие специалисты, чтобы обеспечить сегодняшнюю стабильность и завтрашнюю перспективу.

Планирование здравоохранения — система мер по рациональному использованию ресурсов в здравоохранении и целенаправленная деятельность органов и организаций здравоохранения, направленных на удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи, разработку перспектив развития отрасли. Это комплекс подлежащих решению задач социально-демографического и экономического характера.

Планирование представляет собой процесс составления (разработки) плана, регламентирующего определенный порядок, последовательность осуществления намеченной на конкретный период программы действия (развития).

Планирование зависит от экономических, организационных и других факторов (наличие планирующих органов, структур, специалистов). Для бюджетной системы здравоохранения характерно централизованное планирование, для частной — децентрализованное планирование.

Планирование здравоохранения на современном этапе следует рассматривать как специально созданную многофакторную подсистему управления здравоохранением, имеющую динамические цели, многоотраслевой целеобразующий комплекс и функциональные связи между элементами как внутри здравоохранения, так и с другими отраслями народного хозяйства.

Для научно обоснованного планирования здравоохранения используются данные статистики здоровья населения, учитываются организационные формы медицинской помощи и санитарно-эпидемиологического обслуживания населения, обоснованные расчеты перспективных норм и нормативов, сеть организаций здравоохранения.

Планирование является одной из подсистем и функций управления, обеспечивает деятельность отрасли здравоохранения и ее структурных подразделений, способствует достижению поставленных целей и решению конкретных задач.

План — это определенный порядок, последовательность осуществления намеченной на конкретный период программы (работы) с указанием ее цели, содержания, объема, методов и средств, последовательности и сроков выполнения.

Прогноз определяет, что может произойти в конкретных условиях, а план намечает, что нужно осуществить. Оба понятия взаимосвязаны и находятся во взаимосвязи с управлением, проектированием, целеполаганием.

В РБ планированием занимаются практически все организованные структуры и органы управления. Кроме центральных органов, в ведомствах сформированы свои планово-финансовые управления. Аналогичные по предназначению подразделения (отделы, отделения, группы) имеются на областном, городском, районном уровнях [1, 7].

2.1. Принципы, методы планирования

Различают функционально-отраслевое, программно-целевое и рациональное планирование.

Функционально-отраслевое планирование осуществляется высшим органом управления здравоохранением. Оно ориентировано на реализацию важнейших направлений, обеспечивающих пропорциональное развитие отрасли. Среди них планирование развития научных исследований, медицинского и фармацевтического образования, утверждение нормативов обеспечения населения медицинской помощью, утверждение единой номенклатуры, штатных нормативов медицинских организаций.

Программно-целевое планирование направлено на выполнение цели и задач определенного периода, разработку конкретных мероприятий по их выполнению, привлечению для их реализации соответствующих исполнителей (организаций, подразделений), поэтапное выполнение предупредительных мероприятий (снижение профессиональных, инфекционных и др. заболеваний), согласование их с заинтересованными ведомствами для достижения оптимальных результатов. Программно-целевой вид планирования:

- требует изменения технологии планирования (предполагает постановку цели, задач, поэтапное выполнение согласования с исполнителями и заинтересованными ведомствами, расчет ожидаемой экономической эффективности);
- обеспечивает решение определенных проблем и позволяет направить каждое планируемое мероприятие на выполнение определенной цели; обеспечивает системный подход к составлению плана.

Рациональное планирование (качественная сторона) включает четкое представление целей, задач, направлений деятельности на планируемый период; реальность планируемых мероприятий, необходимость и возможность их выполнения; конкретность планируемых мероприятий; четкое определение сроков исполнения и ответственных лиц.

Для планирования здравоохранения немаловажное значение имеет география населения, изучающая закономерности его размещения на территории страны и находящаяся на стыке демографии и географии [1, 7].

Принципы планирования

Основными принципами планирования являются:

- научность — планирование показателей деятельности должно осуществляться в соответствии с научными достижениями, передовым практическим опытом;
- реальность — возможность выполнения;
- директивность — обязательность выполнения плановых показателей в соответствии с реальными возможностями;
- единство текущего и перспективного планирования — показатели текущих планов вытекают из перспективных планов (речь о преемственности в планировании);
- сочетание территориального и отраслевого планирования — отраслевые планы должны отражать потребности и возможности планов административных территорий; при этом учитываются характер развития производительных сил, характер расселения (город, сельская местность), возрастно-половой состав населения, сеть медицинских организаций (число, мощность, профиль), наличие, развитие других объектов народного хозяйства;
- выбор приоритетных направлений развития;
- экономическая эффективность — получение максимальной экономической эффективности при заданных затратах [1, 7].

Методы планирования:

Аналитический метод — используется для оценки исходного и достигнутого уровней при составлении плана и анализе его выполнения.

С помощью аналитического метода планирования определяются следующие показатели:

- укомплектованность медицинскими кадрами;
- обеспеченность больничными койками;
- объемные показатели деятельности медицинских организаций (уровень госпитализации, среднее число посещений на одного жителя в год и др.);
- функция врачебной должности (среднее число посещений на одну среднегодовую должность в год);
- функция больничной койки (оборот койки).

Сравнительный метод — составная часть аналитического метода, позволяет определить направление процессов развития.

Аналитический и сравнительный методы используются при оценке показателей здоровья населения (рождаемость, заболеваемость, смертность и др.), показателей деятельности медицинских организаций в динамике, для определения прогноза, сравнения с аналогичными показателями других административных территорий.

Балансовый метод — обеспечивает пропорциональность развития здравоохранения. Используется для определения диспропорции между реальными возможностями выполнения и планируемыми показателями. В

здравоохранении балансовый метод чаще всего применяется при составлении перспективных планов. Например, при сопоставлении планируемых капиталовложений и сети медицинских организаций, или балансовой подготовки кадров с ростом сети больничных и амбулаторно-поликлинических организаций.

Нормативный метод — применяется при составлении любого плана, т. е. во всех случаях, когда необходимо обеспечить пропорциональность развития. Нормативная база плана представляет собой комплекс норм и нормативов, используемых для разработки плана, обоснования плановых заданий, определения потребности в трудовых, материальных и финансовых ресурсах с учетом рационального их использования.

Нормативный метод позволяет обосновать стратегию и тактику, цели и направления политики в развитии отрасли здравоохранения. Основой нормативного метода планирования является применение утверждаемых МЗ РБ норм и нормативов [1, 6, 7].

Норма — это количественные показатели состояния окружающей среды, физиологического функционирования здорового человеческого организма; научно обоснованный оптимальный плановый объем производственного запаса, обеспечивающий непрерывность деятельности организаций здравоохранения, мера, образец, средняя величина чего-либо; форма регуляции поведения в биологической, социальной системах.

Норматив — это расчетные показатели, характеризующие совокупность средств, необходимых для достижения установленных норм при определенных организационно-технических условиях; экономический или технический показатель нормы, в соответствии с которым производится работа.

В здравоохранении различают четыре группы социально-экономических норм и нормативов:

— **нормы и нормативы организации медицинской помощи:**

- нормативы развития сети организаций здравоохранения, которые могут быть дифференцированы по видам, территории, профилю, возраст-но-половому составу пациентов;

- нормативы труда (нормы нагрузки персонала, затраты времени на выполнение процедур и др.);

- нормативы стоимости медицинской помощи (стоимость исследования и процедур, стоимость курса лечения и др.);

— **нормативы потребления — норматив финансирования здравоохранения** для обеспечения текущей деятельности, норматив заработной платы, материального стимулирования и др.;

— **норматив развития отрасли — норматив капиталовложений на строительство, реконструкцию, техническое перевооружение и др.;**

— **нормативы санитарно-гигиенические (государственные и отраслевые стандарты — ГОСТы, ОСТы, строительные нормативы и**

правила — СНИП, предельно допустимые концентрации содержания вредных веществ — ПДК).

Экспертный метод — ведущий метод развитых экономических стран, заключается в привлечении специалистов (экспертов) к вопросам планирования, оценки возможности выполнения плановых заданий, внесении рекомендаций и коррективов в процесс планирования.

Прочие методы (экстраполяции и др.).

В здравоохранении наиболее часто применяются аналитический и нормативный методы планирования [1, 6, 7].

2.2. Основные виды планирования здравоохранения

План — документ, составляемый на определенный промежуток времени, содержащий перечень количественных и качественных показателей и мероприятий, направленных на оптимизацию деятельности организаций здравоохранения по укреплению и сохранению здоровья населения.

Планы различаются по времени, территории, отрасли, функциональному назначению.

По времени планы подразделяются на:

1. Долгосрочные (перспективные, в международной практике стратегические, рассчитанные на 7, 10, 15, 20 лет и более).

2. Среднесрочные (в международной практике — тактические, срок составления до 5 лет).

Среднесрочное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ на 3–5 лет и является частью стратегического планирования. Частью перспективного планирования является программно-целевое планирование.

Программно-целевое планирование это одна из основной организационной технологии, призванная решать приоритетные задачи, стоящие перед здравоохранением страны. Оно играет существенную роль и в организации деятельности по охране здоровья населения.

Такой целевой подход позволяет в условиях дефицита финансовых, материальных и других ресурсов концентрировать их на наиболее приоритетных направлениях развития здравоохранения, достигая тем самым максимальных результатов в наиболее сжатые сроки. Кроме того, разработка и реализация комплексных целевых медико-социальных программ является одним из перспективных направлений совершенствования управления здравоохранением и, как результат этого, — повышения качества медицинской помощи, как приоритетной задачи здравоохранения.

3. Краткосрочные (текущие, срок действия — текущий год, квартал).

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения Республики Беларусь, конкретных организаций здравоохранения.

4. Оперативные планы, составляются на месяц, сутки, смену.

По территориальному признаку различают планы республиканские, областные, районные, городские, план организации здравоохранения.

По функциональному назначению выделяют планы социально-экономического развития, деятельности, бизнес-план, комплексный план, финансовый план (смета), территориальная программа государственных гарантий по обеспечению медицинского обслуживания населения [1, 6, 7].

2.3. Основные функции плана

К основным функциям относятся:

- выявление потребных предприятию, организации, их подразделениям и службам трудовых, материальных и финансовых ресурсов, необходимых для выполнения задач;
- постановка перед трудовым коллективом конкретных производственных задач на определенный период времени и выявление путей их решения;
- четкая взаимная увязка функционирования отдельных подразделений и служб медицинской организации, согласование действий между ними по количественным показателям и во времени, также деятельности с профильными, территориальными организациями и с населением;
- обеспечение постоянного внедрения новых достижений медицинской науки и практики, роста качества лечебно-диагностического процесса, эффективности результатов деятельности.

На различных уровнях планирования в рамках каждой медицинской организации система планирования должна оптимально сочетать элементы централизации и самостоятельности.

Исходными материалами для планирования являются также данные о выполнении плана за 9 месяцев текущего года, отчеты врачей-специалистов областного, районного уровней, Центров гигиены и эпидемиологии и др.

Все мероприятия в плане должны быть предусмотрены с учетом выделяемых финансовых средств. Помимо государственного бюджета учитываются дополнительные источники финансирования.

План состоит из разделов, в каждом из которых имеются конкретные показатели. В системе здравоохранения количество показателей плана зависит от типа, номенклатуры, мощности организаций здравоохранения [1, 6, 7].

Показатели плана: натуральные, количественные, качественные, стоимостные.

Натуральные показатели плана выражаются в определенных физических единицах измерения количества и качества продукции.

Количественные показатели плана дают представление о количестве выполненной работы (число пролеченных больных, число вызовов и др.).

Качественные показатели плана характеризуют экономическую эффективность деятельности медицинских организаций (средняя длительность лечения, среднее число дней работы койки в году и др.).

Стоимостные показатели плана устанавливаются в денежных единицах (стоимость медицинской помощи, объем капитальных вложений и др.).

Показатели плана делятся на директивные (утверждаемые) и расчетные (неутверждаемые). Директивные показатели являются адресными, подлежат обязательному выполнению. Расчетные показатели служат для обоснования директивных показателей, используются при выполнении контрольно-аналитических и других функций в зависимости от конкретных условий.

Основные показатели плана:

- планирование штатного расписания;
- обеспеченность больничными койками;
- функция врачебной должности;
- плановое число дней работы койки в году;
- оборот койки;
- средняя длительность пребывания в стационаре и др.

К концу текущего года (начало IV квартала) главным врачом организации здравоохранения издается приказ по формированию группы планирования для разработки проекта плана на очередной год [1, 6, 7].

2.4. Основные разделы плана организации здравоохранения

Основные разделы:

- организационные мероприятия (мероприятия, рассматриваемые на заседаниях рай(гор)исполкомов, медико-санитарном (медицинском) совете и др.,
- оказание медицинской помощи взрослому населению (мероприятия по снижению заболеваемости и смертности населения, диспансеризация населения и др.);
- охрана материнства и детства;
- внедрение в практику новых методов диагностики и лечения, передового опыта;
- мероприятия организационно-кадровой работы (повышение квалификации кадров, аттестация медперсонала и др.);
- оптимизация сети и укрепление материально-технической базы;
- санитарно-противоэпидемические мероприятия;
- работа с общественностью и др.

Перечень разделов плана и их содержание могут быть подвержены изменениям путем внесения новых разделов и (или), наоборот, их укрупнения (объединения, расширения) в зависимости от поставленных задач и местных условий.

Составленный проект плана после согласования на уровне главного врача выносится на обсуждение собрания трудового коллектива. После утверждения план становится документом, обязательным для исполнения всеми должностными лицами [1, 6, 7, 8].

2.5. Стратегическое планирование

План здравоохранения как часть государственного плана по своей организационной структуре является комплексным. Он состоит из взаимосвязанных разделов, содержит перечень основных задач и направлений развития здравоохранения.

Стратегическое планирование является неотъемлемой частью прогнозирования, его конкретизацией; это процесс, обеспечивающий соответствие между целями, задачами и потенциальными возможностями. Стратегия формирует основные цели организации и пути их достижения.

Стратегическое планирование — процесс, в ходе которого происходит регулярная, как правило, ежегодная, корректировка решений, показателей, оформляемых в определенных случаях в виде бизнес-планов. В условиях перехода к рыночным отношениям система традиционного директивного планирования заменяется стратегическим планированием.

Особенности стратегического планирования:

- вид планирования — программно-целевой;
- децентрализация: при стратегическом планировании центр тяжести в планировании смещается на региональный уровень. На передний план выдвигается координация целевых программ медико-социальной защиты населения, создания механизма территориального и отраслевого управления;
- ориентация выполнения показателей плана не столько на показатели, сколько на возможности их выполнения;
- использование преимущественно экономико-математических методов планирования;
- плановые показатели носят рекомендательный, а не директивный характер;
- гибкость.

Основные разделы плана здравоохранения республики:

- медицинская наука;
- сеть организаций здравоохранения;
- потребность и подготовка медицинских и фармацевтических кадров;
- капитальное строительство;
- материально-техническое обеспечение (оснащение медицинской техникой, материалами и т. д.);
- численность работников и заработная плата;
- бюджет здравоохранения.

Важнейшей составной частью стратегического планирования является программно-целевое планирование. Благодаря реализации ряда государственных и отраслевых программ, наряду с достижениями в области совершенствования лечебно-профилактической помощи населению, проведена модернизация и техническое переоснащение организаций здравоохранения, разработаны и внедрены в практическое здравоохранение современные медицинские технологии, решены кадровые вопросы [1, 6, 7, 8].

Программно-целевое планирование здравоохранения позволяет:

- контролировать целенаправленное и эффективное использование выделенных ассигнований и выполнение намеченных мероприятий;
- более рационально распределять ресурсы здравоохранения на основе реорганизации медико-санитарной помощи и внедрения ресурсосберегающих технологий;
- значительно повысить качество, эффективность и доступность медицинской помощи (профилактики и диагностики заболеваний, лечебных и реабилитационных мероприятий), а также снизить потребность в стационарной медицинской помощи и более рационально использовать коечный фонд;
- укрепить материально-техническую базу организаций здравоохранения новейшей медицинской техникой для оказания краткосрочной, экстренной помощи;
- повысить доступность квалифицированной медицинской помощи женщинам и детям и, прежде всего, жителям сельской местности;
- усилить медико-социальную защищенность пациентов и повысить ответственность медицинских работников за здоровье населения.

Комплекс программных мероприятий способствует модернизации системы здравоохранения Республики Беларусь с целью создания оптимальной модели здравоохранения, удовлетворяющей потребностям населения, отрасли и государства [1, 6, 7, 8].

В настоящее время основной государственной программой в здравоохранении является программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы, утвержденную постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 14 марта 2016 года № 200 «Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы» [9].

Государственной программой «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы утвержден комплекс мероприятий и основные показатели, которых необходимо достигнуть к концу 2020 года:

Сводный целевой показатель — ожидаемая продолжительность предстоящей жизни при рождении — 75,3 лет.

Подпрограмма 1 «Семья и детство»:

Суммарный коэффициент рождаемости — 1,75 рождений.

Коэффициент младенческой смертности — 3,4 промилле.

Детская смертность — до 40,5 просантимилле.

Подпрограмма 2 «Профилактика и контроль неинфекционных заболеваний»:

Распространенность потребления табака среди пациентов (лиц в возрасте от 18 до 69 лет) — 24,5 %.

Физическая активность взрослого населения — 60,0%.

Потребление поваренной соли — 7,5 граммов в сутки.

Содержание трансизомеров жирных кислот в продуктах переработки растительных масел — 2,0%.

Доля врачей общей практики в общем количестве врачей, работающих в системе оказания первичной медицинской помощи — 100,0%.

Коэффициент смертности трудоспособного населения — 3,8 промилле.

Удельный вес пациентов со злокачественными опухолями в 1–2 стадиях заболевания в общем количестве пациентов с выявленными в процессе скрининга злокачественными заболеваниями — 80,0 %.

Показатель тяжести первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста — 50,0 % и др. показатели.

Подпрограмма 3 «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма»:

Смертность от случайных отравлений алкоголем на 100 тыс. населения — 10,6 просантимилле.

Потребление алкоголя на душу населения — 7,9 литра.

Подпрограмма 4 «Туберкулез»:

Заболеваемость населения активным туберкулезом на 100 тыс. населения — 30,6 просантимилле.

Смертность населения от туберкулеза на 100 тыс. населения — 4,41 просантимилле.

Доля пациентов с множественными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, успешно закончившими полный курс лечения (18–24 месяца), в общем количестве таких пациентов — 60,4%.

Подпрограмма 5 «Профилактика ВИЧ-инфекции»:

Охват комбинированной антиретровирусной терапией ВИЧ-инфицированных пациентов, нуждающихся в лечении — 80,0 %.

Риск передачи ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери ребенку — 1.

Охват групп населения с высоким риском инфицирования ВИЧ-профилактическими мероприятиями — 50,0 %.

Подпрограмма 6 «Внешняя миграция»:

Миграционный прирост — 16 тыс. человек.

Подпрограмма 7 «Обеспечение функционирования системы здравоохранения Республики Беларусь»:

Удельный вес выполненных объемов оказания медицинской помощи по видам в объемах, утвержденных планами оказания медицинской помощи — 90,0 %.

В зависимости от уровня, на котором разрабатывается план (Министерство здравоохранения, Главное управление здравоохранения облисполкома и т. д.), набор показателей различен. Однако для обеспечения сводимости показателей, начиная от организации здравоохранения до единого плана по отрасли, каждый показатель имеет один и тот же определенный смысл.

Набор показателей плана не является постоянным. Номенклатура показателей плана изменяется в зависимости от развития форм организации медицинской помощи и задач, стоящих перед органами здравоохранения на отдельных этапах его развития. Конструктивной основой всей системы показателей плана здравоохранения является номенклатура организаций здравоохранения, в которой определено наименование медицинских организаций, их подчиненность. Изменение номенклатуры влечет за собой изменение перечня показателей и формы плана.

Для определения величины того или иного показателя плана необходим специальный измеритель, соответствующий характеру этого показателя.

Для установления мощности (категорийности) организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара, в качестве измерителя принимается «койка». Когда речь идет об оценке исходного уровня, фактическая величина обеспеченности населения стационарной помощью измеряется числом госпитализированных пациентов (процент госпитализации населения).

Для определения размера амбулаторно-поликлинического обслуживания в плане в качестве измерителя принимается «врачебная должность». Следовательно, при оценке исходного уровня фактическая обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью измеряется числом посещений на одного жителя в год [1, 6, 7].

При планировании медицинской помощи населению наряду с нормативными показателями (количественная мощность, число посещений в смену и др.) учитывается так называемая функциональная лечебная единица.

Функциональная лечебная единица — это минимальная экономически и территориально целесообразная мощность организации здравоохранения. Для стационаров функциональная лечебная единица — это отделение определенной мощности. Для республиканских, областных, городских организаций здравоохранения — 60–120 коек; для центральных районных больниц — 40–60 коек, для участковой больницы — 25–30 коек.

Для специализированных стационаров в качестве функциональной лечебной единицы принимается не отделение, а вся организация здравоохранения или профильный корпус (психиатрическая больница на 500 коек, корпус радиологической онкологии на 100 коек).

Для амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения функциональная лечебная единица определяется по числу посещений, обеспечивающих полную нагрузку на врачебную должность.

Для выражения планируемых заданий показатели и их измерители в табличной форме плана размещаются в определенном порядке: в разделе формы плана «подлежащее» помещаются показатели, в разделе «сказуемое» — измерители в динамике [1, 7].

2.6. Планирование медицинской помощи в амбулаторных условиях

Правильное планирование амбулаторно-поликлинической сети имеет большое значение в связи с тем, что данные организации здравоохранения обеспечивают медицинским обслуживанием большую часть населения, нуждающегося в медицинской помощи (до 80,0 %). Основными исходными данными для планирования является число посещений амбулаторно-поликлинических организаций на 1 тыс. жителей в год — для всего населения, в т. ч. для городского и сельского населения.

Среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях ежегодно планируются, устанавливаются Министерством здравоохранения Республики Беларусь и утверждаются приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Так, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19. 06. 2018 № 624 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2019 год», число посещений амбулаторно-поликлинических организаций с учетом организаций здравоохранения республиканского подчинения (в расчете на 1 тыс. жителей) **установлено 10 990 посещений, в том числе число посещений врачами на дому — 945 посещений, уровень госпитализации в отделения дневного пребывания — 61,0** [1, 7, 8, 10].

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18. 06. 2019 № 749 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2020 год», число посещений амбулаторно-поликлинических организаций с учетом организаций здравоохранения республиканского подчинения (в расчете на 1 тыс. жителей) **установлено 10 990 посещений, в том числе, число посещений врачами на дому — 945 посещений, уровень госпитализации в отделения дневного пребывания- 61,0** [11].

Расчет штатных нормативов должностей врачей для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению в государственных организациях здравоохранения, финансируемых за счет средств бюджета, регла-

ментируется постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.12.2007 г. № 184 «Об установлении нормативов кадрового обеспечения в государственных учреждениях здравоохранения и штатных нормативов должностей врачей-специалистов для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях населению в государственных учреждениях здравоохранения».

Нормы нагрузки персонала организаций здравоохранения, наряду с потребностью населения в медицинской помощи, являются основными показателями при планировании численности врачебных кадров. Главным понятием здесь является «врачебная должность». Под ней понимают определенный объем работы (нагрузка) врача за год, ведущего амбулаторный прием и осуществляющего вызова на дому. По каждой отдельной специальности рассчитывается «функция врачебной должности» — плановая и фактически выполненная функция по итогам работы за прошедший год.

Плановая функция врачебной должности определяется числом посещений (в поликлинике на приеме, на дому и при профосмотрах), которое должно быть выполнено одной врачебной должностью определенной специальности в течение календарного года (формула 9):

$$\Phi = Б \times С \times Г, \quad (9)$$

где Φ — функция одной врачебной должности данной специальности;
 $Б$ — нагрузка врача данной специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому на разных видах работ;
 $С$ — число часов работы по приему, на профосмотрах и на дому;
 $Г$ — число рабочих дней в году.

Плановая функция врачебной должности используется при планировании числа врачебных должностей для амбулаторно-поликлинического обслуживания населения с целью определения потребности во врачебных должностях по отдельным специальностям (формула 10):

$$В = \frac{Л \times Н}{\Phi}, \quad (10)$$

где $В$ — число врачебных должностей для амбулаторно-поликлинической помощи;
 $Л$ — нормативное число поликлинических посещений на одного жителя в год;
 $Н$ — численность населения планируемой территории;
 Φ — функция врачебной должности.

Формула (10) устанавливает абсолютную потребность во врачебной должности определенной специальности амбулаторно-поликлинической сети [7, 8].

2.7. Планирование медицинской помощи в условиях стационара

При планировании стационарной помощи определяется потребность населения в койках, а измерителем этой потребности считается число коек на 1 тыс. обслуживаемого населения. Для определения потребности населения в медицинской помощи в условиях стационара необходимо располагать данными о его численности, уровне госпитализации, другими сведениями, характеризующими использование коечного фонда: среднее число дней работы койки в году (среднегодовая занятость койки); среднее время простоя койки; средняя длительность пребывания пациента в стационаре; функция (оборот) койки; средняя стоимость одного койко-дня; средняя стоимость лечения одного пациента и др.

Штатные нормативы медицинских и других работников областных, центральных городских, районных, городских и участковых больниц регламентированы Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 03 декабря 2012 года № 186 «Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь».

Среднереспубликанские нормативы объемов медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств бюджета, в том числе по профилям, ежегодно утверждаются приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Так, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.06.2018 года № 624 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2019 год», число проведенных койко-дней (с учетом койко-дней на койках длительного пребывания, с учетом организаций здравоохранения республиканского подчинения в расчете на 1 тыс. жителей) **установлено 2690 койко-дней, средняя длительность лечения — 8,55 дня** [1, 7, 8, 10].

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18.06.2019 № 749 «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2020 год», число проведенных койко-дней (с учетом койко-дней на койках длительного пребывания, с учетом организаций здравоохранения республиканского подчинения в расчете на 1 тыс. жителей) **установлено 2690 койко-дней, средняя длительность лечения — 8,55 дня** [11].

2.8. Контроль исполнения плана

Контроль за выполнением плановых показателей может быть: количественный, качественный, календарный, предварительный, текущий, последующий. Количественный контроль — за использованием койки, нагрузкой врачей на приеме, числом отпущенных процедур и др.

Качественный контроль — за своевременностью и полнотой обследования, своевременностью и качеством диагностики, лечения, средними сроками пребывания пациента на койке и др.

Календарный контроль — контроль сроков выполнения плановых заданий.

Предварительный контроль — контроль правильности, целесообразности включения конкретного мероприятия в план.

Текущий контроль сопровождает оперативную деятельность исполнителей, позволяет выявить достижения и недостатки в процессе реализации мероприятий, добиваясь своевременности их исполнения.

Последующий контроль — проверка результатов выполнения планируемых мероприятий, анализ результатов (оценка эффективности) [1, 7].

3. СИСТЕМА ГОСУДАРСТВЕННЫХ МИНИМАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ МИНИМАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ СТАНДАРТЫ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Государственный минимальный социальный стандарт — минимальный уровень государственных гарантий социальной защиты, обеспечивающий удовлетворение основных потребностей человека, выражаемый в нормах и нормативах предоставления денежных выплат, бесплатных и общедоступных социальных услуг, социальных пособий и выплат;

Система государственных минимальных социальных стандартов — комплекс взаимосвязанных государственных минимальных социальных стандартов.

Бесплатные и общедоступные социальные услуги — услуги, предоставление которых гарантируется государством за счет финансирования из республиканского и местных бюджетов, а также государственных внебюджетных фондов и которые доступны для всех по возможности приобретения и пользования.

Система государственных минимальных социальных стандартов на законодательном уровне утверждена законом Республики Беларусь от 11 ноября 1999 года № 322-3 «**О государственных минимальных социальных стандартах**» [6, 16, 17].

В постановлении Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 года № 724 «**О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики**» прописаны государственные минимальные социальные стандарты по отраслям, в том числе и в отрасли здравоохранения [12].

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 09 ноября 2018 года № 802 «**О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. № 724**» в систему государственных минимальных социальных стандартов по обслуживанию населения республики внесены изменения. Нормативы обеспеченности населения медицинским обслуживанием устанавливаются в соответствии с государственными минимальными социальными стандартами [13].

В настоящее время государственные минимальные социальные стандарты утверждены в следующей редакции:

— **норматив бюджетной обеспеченности на одного жителя (бюджетные расходы на здравоохранение, в том числе норматив бюджетной**

обеспеченности на жителя среднереспубликанский и среднеобластные нормативы, утверждаются ежегодно Законом Республики Беларусь «О республиканском бюджете»);

— **обеспеченность врачами общей практики, участковыми врачами суммарно — один врач на 1300 жителей:**

- в том числе участковыми врачами-терапевтами один врач на 1,7 тыс. взрослого населения;

- участковыми врачами-педиатрами один врач на 0,8 тыс. детского населения;

- участковыми врачами-педиатрами один врач на 0,8 тыс. детского населения;

- врачами общей практики один врач на 1,3 тыс. взрослого и детского населения;

- один врач на 1,5 тыс. взрослого населения;

— **обеспеченность стационарными койками — 9 коек на 1 тыс. жителей;**

— **обеспеченность аптеками — одна аптека на 8 тыс. жителей;**

— **обеспеченность бригадами скорой медицинской помощи — для областей: 2 бригады скорой медицинской помощи в районах с населением до 15 тыс. жителей, 3 бригады скорой медицинской помощи в районах с населением от 15 до 35 тыс. жителей, в районах с населением свыше 35 тыс. жителей — 3 бригады скорой медицинской помощи на 35 тыс. жителей и дополнительно одна бригада скорой медицинской помощи на каждые 12 тыс. жителей сверх 35 тыс. жителей, для г. Минска — одна бригада скорой медицинской помощи на 12 тыс. жителей (норматив обеспеченности бригадами скорой медицинской помощи определяется количеством врачебных, фельдшерских и специализированных бригад скорой медицинской помощи (суммарно) в расчете на количество обслуживаемого населения) [12, 13].**

4. ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ ГРАЖДАН

Территориальная программа государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан — это виды, объемы, условия предоставления и финансирования медицинской помощи, оказываемой населению, проживающему на данной территории, за счет средств бюджета.

В настоящее время перечень основных видов бесплатных услуг по оказанию медицинской помощи в государственных организациях здравоохранения регламентирован постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 29.03.2016 года № 259 «О некоторых вопросах государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения».

Территориальная программа государственных гарантий по обеспечению медицинского обслуживания населения разрабатывается ежегодно органами управления здравоохранением конкретной административной территории и утверждается местными исполнительными органами власти.

Цель территориальной программы государственных гарантий по обеспечению медицинского обслуживания населения: реализация конституционных прав граждан Республики Беларусь в получении бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества.

Основные задачи территориальной программы государственных гарантий по обеспечению медицинского обслуживания населения:

— консолидация государственных источников финансирования для обеспечения населения гарантированной (бесплатной) медицинской помощью;

— обеспечение сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделяемых для этого финансовых средств;

— повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Основные принципы формирования территориальной программы государственных гарантий по обеспечению медицинского обслуживания населения:

— обоснование потребности населения территории в медицинской помощи, исходя из особенностей демографического состава, уровней и структуры заболеваемости населения;

- обеспечение соответствия гарантируемых объемов медицинской помощи нормативам и стандартам оказания медицинской помощи, предусмотренных Программой;
- научное обоснование необходимых материальных и финансовых затрат на соответствующую единицу объема медицинской помощи;
- обеспечение сбалансированности объемов, структуры гарантируемой медицинской помощи и необходимых для ее реализации финансовых средств;
- повышение эффективности использования ресурсной базы здравоохранения за счет оптимизации структуры и мощности территориальной сети учреждений здравоохранения и внедрения ресурсосберегающих медицинских технологий [6].

4.1. Разделы территориальной программы государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием населения

В структуре содержания территориальной программы государственных гарантий по обеспечению медицинского обслуживания населения выделяют текстовый и цифровой разделы. Текстовый раздел включает: введение (цель, задачи, ожидаемые результаты); характеристику видов и объемов медицинской помощи. Цифровой раздел представлен преимущественно в виде таблиц с расчетными данными.

1. Общие положения.
2. Виды медицинской помощи, предоставляемые населению за счет государственных бюджетных средств.
3. Условия предоставления бесплатной медицинской помощи населению.
4. Уровни оказания медицинской помощи.
5. Нормативы бюджетного финансирования территориальной программы.
6. Объемы медицинской помощи по видам.

Территориальная программа содержит следующие виды медицинской помощи:

1. Скорая медицинская помощь (единица измерения медицинской помощи — выезд).
2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях:
 - 2.1. Доврачебная медицинская помощь на ФАПах (единица измерения медицинской помощи — посещение).
 - 2.2. Амбулаторный прием у врача (единица измерения медицинской помощи — посещение).
 - 2.3. Посещения врачами на дому (единица измерения медицинской помощи — посещение).

2.4. Медицинская помощь в отделениях дневного пребывания при амбулаторно-поликлинических организациях (единица измерения медицинской помощи — пролеченные пациенты, проведенные койко-дни, средняя длительность лечения).

2.5. Стационары на дому при поликлиниках (единица измерения медицинской помощи — пролеченные пациенты, проведенные койко-дни, средняя длительность лечения).

3.0. Медицинская помощь в условиях стационара (единица измерения медицинской помощи — пролеченные пациенты, проведенные койко-дни, средняя длительность лечения).

4. Прочие виды и разделы:

4.1. Медицинская помощь в условиях стационара на койках сестринского ухода (единица измерения медицинской помощи — пролеченные пациенты, проведенные койко-дни, средняя длительность лечения).

Кроме того, в разделы территориальной программы включено льготное обеспечение населения оборудованием и медикаментами, льготное зубопротезирование, обеспечение продуктами питания пациентов с туберкулезом, капитальные расходы всего, в том числе капитальные расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом скорой медицинской помощи, приобретение оборудования, капитальные ремонты [6].

5. МОДЕЛЬ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Оценка деятельности организации здравоохранения, ее отдельных подразделений, отдельной административной территории в целом — одна из важнейших проблем управления здравоохранением. Ежегодно перечень показателей, внесенных в модель конечных результатов, для административных территорий областей и г. Минска утверждается Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Модель конечных результатов (МКР) деятельности организации здравоохранения — специальная методика, позволяющая достаточно объективно оценить работу организации и провести сравнительный анализ деятельности различных организаций здравоохранения. Оценки деятельности организаций здравоохранения проводятся по двум основным группам показателей: показатели здоровья и деятельности и показатели дефектов. Так, модель конечных результатов деятельности организаций здравоохранения Республики Беларусь на 2019 год и 1 полугодие 2020 года определена приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.09.2019 № 1078 «Об утверждении Модели конечных результатов деятельности здравоохранения административных территорий Республики Беларусь на 2019 год».

Показатели здоровья и деятельности:

- показатель общей смертности, с учетом поправочного коэффициента на долю населения старше трудоспособного возраста;
- показатель смертности населения трудоспособного возраста;
- показатель младенческой смертности;
- тяжесть первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста;
- одногодичная летальность пациентов со злокачественными новообразованиями;
- коэффициент исходов онкологических заболеваний, первичная заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения на фоне артериальной гипертензии;
- охват пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения нейровизуализацией;
- охват реабилитацией пациентов трудоспособного возраста после инфаркта миокарда, острого нарушения мозгового кровообращения, оперативных вмешательств по поводу злокачественных, нейрохирургических,

травматологических и иных неинфекционных заболеваний и ряд других показателей.

Показатели дефектов:

— выявление пациентов в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний (III стадия визуальных локализаций + IV стадия всех локализаций);

— материнская смертность;

— показатель коррупционных нарушений;

— обоснованные жалобы, установленные Министерством здравоохранения Республики Беларусь и другие показатели.

Показатели здоровья и деятельности и показатели дефектов при разработке модели конечных результатов подбираются с учетом специфики организаций здравоохранения.

Для городской поликлиники: выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, реабилитация инвалидов, процент обострения заболеваний у диспансерных пациентов, выявление пациентов в запущенной стадии туберкулеза, онкологических заболеваний и др.

Для детской поликлиники: заболеваемость детей корью, охват детей прививками, заболеваемость детей полиомиелитом и др.

Для стоматологической поликлиники: доля санированных от числа первичных пациентов, соотношение неосложненного и осложненного кариеса, переделка зубных протезов и др.

Для проведения анализа по модели конечных результатов органы управления здравоохранением утверждают **контрольные значения** выше перечисленных показателей здоровья и показателей деятельности. Величина данных показателей устанавливается с учетом их динамики по данной организации здравоохранения за несколько лет, республиканских показателей, предполагаемого изменения данного показателя в результате выполнения планируемых организационных мероприятий. Значение контрольного показателя должно быть таково, чтобы его достижение потребовало от организации здравоохранения усилий по мобилизации ресурсов, интенсификации труда работников, совершенствованию работы. Желательно, чтобы контрольное значение превышало предыдущий уровень не менее, чем на 5 %. В дальнейшем, когда будет достигнут этот результат, показатель должен быть пересмотрен в сторону повышения его значения. В связи с тем, что дефектов деятельности быть не должно, контрольные значения для них не устанавливаются.

При анализе деятельности организации здравоохранения проводится численная оценка показателей, для чего для каждого показателя утверждается **оценочная шкала** (от 1 до 10 баллов). Шкала определяет относитель-

ную значимость данного показателя среди других показателей результативности (пример: оценка младенческой смертности — 2 балла, а годности к военной службе — 0,5 балла, что подчеркивает большую значимость первого показателя).

Отклонение величины фактического показателя от контрольного значения может быть как в сторону превышения, так и снижения, поэтому для каждого показателя определяется **знак отклонения «+» или «-»**.

Знак «-» показывает, что при увеличении фактического значения показателя относительно контрольного оценка его будет уменьшена.

Знак «+» означает, что увеличение значения показателя по сравнению с контрольным увеличивает его оценку (пример: фактический показатель общей смертности 13,2, контрольное значение 12,9. В оценочной шкале для показателя общей смертности определен знак «-», значит, превышение фактического показателя по сравнению с контрольным означает, что балльная оценка должна быть уменьшена).

При утверждении контрольных показателей утверждается также и оценка (в баллах) отклонения на единицу измерения.

Конечная цель модели конечных результатов — суммарная оценка результатов деятельности, которая выражается коэффициентом достижения результатов (КДР).

Коэффициент достижения результатов определяет отношение реально достигнутой суммы баллов (за вычетом суммы баллов по показателям дефектов) к сумме баллов контрольных показателей.

Величина коэффициента достижения результатов показывает, насколько достигнутые результаты отличаются от контрольных значений, утвержденных органами здравоохранения.

Оценка деятельности организации здравоохранения по величине коэффициента достижения результатов позволяет сравнить результаты деятельности различных организаций (административных территорий), осуществить оперативный контроль и разработать управленческое решение. Если коэффициент достижения результатов имеет отрицательное значение, материальное поощрение сотрудникам данной организации не выплачивается.

При подготовке информации о выполнении типовой модели конечных результатов деятельности организаций здравоохранения административных территорий республики используются утвержденные Национальным статистическим комитетом Республики Беларусь отчетные формы и информация, предоставляемая организациями здравоохранения и местными органами управления здравоохранением (таблицы 1–4).

Таблица 1 — Пример модели конечных результатов деятельности клинико-диагностической лаборатории организации здравоохранения

Показатель	Единица измерения	Прогнозируемый уровень				Оценка в баллах		
		на 1-й квартал	на 1-е полугодие	на 9 месяцев	на год	прогноз уровня	знак	коэффициент
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Показатели здоровья и деятельности (ПЗиД)								
1. Средний уровень качества оказания медицинской помощи пациентам	%	98	98	98	98		+	0,1
2. Выполнение плана исследований в КДЛ	% к плану (единицы)	100 (120000)	100 (240000)	100 (360000)	100 (480000)	3	+	0,01
Итого баллов по диагностической деятельности:						6		
3. Выполнение плана реализации платных медицинских услуг (тыс. рублей)	% к плану (абс. знач.)	74,0	148,0	221,0	295,0	3	+	0,01
4. Выполнение плана экспорта медицинских услуг (тыс. долл. США)	% к плану (абс. знач.)	17,0	33,0	50,0	66,0	3	+	0,01
Итого баллов по внебюджетной деятельности:						6		
5. Внедрение новых диагностических методик в деятельность отделения	Методика	3	7	12	16	2	+	0,1
6. Рационализаторская деятельность — рацпредложение	Рацпредложение	3	7	12	16	2	-,+	0,1
7. Выступление в СМИ (радио, ТВ, пресса)	Выступление	1	2	3	4	2	-,+	0,1
Итого баллов по научной деятельности:						33		
Сумма баллов (ПЗиД):						45		
Показатели дефектов (ПДеф)								
1. Нарушение исполнительской дисциплины	Не исполнено в срок документов, стоящих на контроле	0	0	0	0	0	-	0,3

Окончание таблицы 1

Показатель	Единица измерения	Прогнозируемый уровень				Оценка в баллах		
		на 1-й квартал	на 1-е полугодие	на 9 месяцев	на год	прогноз уровня	знак	коэффициент
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Нарушение трудовой дисциплины	Число случаев	0	0	0	0	0	–	0,3
3. Нарушение правил охраны труда и техники безопасности, приведшее к производственному травматизму	Число случаев	0	0	0	0	0	–	5,0
4. Обоснованные жалобы	Число жалоб	0	0	0	0	0	–	2,0
5. Наличие коррупционных правонарушений	Случаев	0	0	0	0	0	–	2,0
6. Случаи нарушения санэпидрежима в КДЛ	Случаев нарушения	0	0	0	0	0	–	0,1
7. Случаи суицида пациентов во время нахождения в КДЛ	Число случаев	0	0	0	0	0	–	4,0
8. Дефекты в достоверности информации, предоставляемой администрации	Число случаев	0	0	0	0	0	–	1,0
Всего баллов (ПДеф):								

Примечание: КДЛ — клинико-диагностическая лаборатория

Деятельность КДЛ анализируется:

— по пунктам 1–7 раздела «Показатели здоровья и деятельности» и по пунктам 1–8 раздела «Показатели дефектов» — ежеквартально с нарастающим итогом;

— по остальным показателям — один раз в год.

Сумма баллов (ПЗид) — Всего баллов (ПДеф)

$$\text{КДР} = \frac{\text{Сумма баллов (ПЗид)}}{\text{Сумма баллов (ПЗид)}}$$

Таблица 2 — Пример модели конечных результатов деятельности рентгенологического отделения

Показатель	Единица измерения	Прогнозируемый уровень				Оценка в баллах		
		на 1-й квартал	на 1-е полугодие	на 9 месяцев	на год	прогноз уровня	знак	коэффициент
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Показатели здоровья и деятельности (ПЗиД)								
1. Средний уровень качества оказания медицинской помощи пациентам	%	98	98	98	98	3	+	0,1
2. Выполнение плана исследований по кабинету рентген-компьютерной диагностики	% к плану (единицы)	100 (8810)	100 (17619)	100 (26429)	100 (35238)	3	+	0,01
3. Выполнение плана исследований по рентгеновскому кабинету № 1	% к плану (единицы)	100 (2734)	100 (5469)	100 (8203)	100 (10937)	3	+	0,01
4. Выполнение плана исследований по кабинету лучевой диагностики	% к плану (единицы)	100 (11306)	100 (22612)	100 (33918)	100 (45224)	3	+	0,01
5. Выполнение плана исследований по рентгеновскому кабинету № 2	% к плану (единицы)	100 (2839)	100 (5678)	100 (8517)	100 (11355)	3	+	0,01
Итого баллов по лечебной деятельности:						15		
6. Выполнение плана реализации платных медицинских услуг (тыс. рублей)	% к плану (абс. знач)	141,0	282,0	422,0	563,0	3	+	0,01
7. Выполнение плана экспорта медицинских услуг (тыс. долл. США)	% к плану (абс. знач)	23,0	45,0	68,0	90,0	3	+	0,01
Итого баллов по внебюджетной деятельности:						6		
8. Внедрение новых лечебных и диагностических методик в деятельность отделения	Методика	2	6	10	14	2	+	0,1
Сумма баллов (ПЗиД):						все-го		

Окончание таблицы 2

Показатель	Единица измерения	Прогнозируемый уровень				Оценка в баллах		
		на 1-й квартал	на 1-е полугодие	на 9 месяцев	на год	прогноз уровня	знак	коэффициент
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Показатели дефектов (ПДеф)								
1. Нарушение исполнительской дисциплины	Не исполнено в срок документов, стоящих на контроле	0	0	0	0	0	–	0,3
2. Нарушение трудовой дисциплины	Число случаев	0	0	0	0	0	–	0,3
3. Нарушение правил охраны труда и техники безопасности, приведшее к производственному травматизму	Число случаев	0	0	0	0	0	–	5,0
4. Обоснованные жалобы	Число жалоб	0	0	0	0	0	–	2,0
5. Наличие коррупционных правонарушений	Случаев	0	0	0	0	0	–	2,0
6. Случаи нарушения санэпидрежима в отделении	Случаев нарушения	0	0	0	0	0	–	0,1
7. Случаи суицида пациентов во время нахождения в отделении	Число случаев	0	0	0	0	0	–	4,0
8. Дефекты в достоверности информации, предоставляемой администрации	Число случаев	0	0	0	0	0	–	1,0
Всего баллов (ПДеф):								

Таблица 3 — Пример модели конечных результатов деятельности отделения ультразвуковой диагностики

Показатель	Единица измерения	Прогнозируемый уровень				Оценка в баллах		
		на 1-й квартал	на 1-е полугодие	на 9 месяцев	на год	прогноз уровня	знак	коэффициент
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Показатели здоровья и деятельности (Пзд)								
1. Средний уровень качества оказания медицинской помощи пациентам	%	98	98	98	98	3	-, +	0,1
2. Выполнение плана исследований по отделению	% к плану (единицы)	100 (37332)	100 (74663)	100 (111995)	100 (149326)	3	-, +	0,01
Итого баллов по лечебной деятельности:						6		
3. Выполнение плана реализации платных медицинских услуг (тыс. рублей)	% к плану (абс. знач)	54,0	108,0	161,0	215,0	3	-, +	0,01
4. Выполнение плана экспорта медицинских услуг (тыс. долл. США)	% к плану (абс. знач)	15,0	29,0	44,0	58,0	3	-, +	0,01
Итого баллов по внебюджетной деятельности:						6		
5. Внедрение новых диагностических методик в деятельность отделения	Методика	2	5	8	11	2	-, +	0,1
6. Рационализаторская деятельность — рацпредложение	Рацпредложение	2	5	8	11	2	-, +	0,1
7. Выступление в СМИ (радио, ТВ, пресса)	Выступление	-	1	1	2	2	-, +	0,1

Таблица 4 — Пример оформления модели конечных результатов деятельности

Нормативный показатель	Единица измерения	Норматив	Оценка норматива (балл)	Оценка отклонения в баллах на ед. изм.	Знак	Фактический показатель
Показатели здоровья						
Общая смертность	На 1 тыс.	12,8	3	2	–	14,3
Младенческая смертность	На 1 тыс. родившихся живыми	3,2	6	0,5	–	6,4
Показатель смертности в трудоспособном возрасте	На 1 тыс. трудоспособного населения	3,9	2	1,0	–	4,3
Тяжесть первичной инвалидности у лиц трудоспособного возраста и др. показатели	число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами 1 и 2 групп, к числу лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами (в %)	50,0	3	0,05	–	49,1

По аналогии верстаются модели конечных результатов других лечебных и диагностических отделений.

Показатели здоровья и деятельности и показатели дефектов отделения эндоскопии, функциональной диагностики, других диагностических отделений отражают специфику деятельности каждого отделения.

6. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

6.1. *Предпринимательская деятельность в здравоохранении*

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

Исходной составляющей предпринимательской деятельности, ее факторами являются производственные ресурсы:

— природные — естественные, имеющиеся в природе экономические, производственные ресурсы в виде земли, полезных ископаемых, лесов, растительного и животного мира;

— трудовые — трудоспособное население, располагающее физическими и духовными способностями, которое может принять участие в процессах труда;

— средства производства — совокупность средств труда и предметов труда.

Кроме перечисленных, к основным факторам относятся также научные и информационные ресурсы.

В здравоохранении предпринимательской деятельностью — медико-производственным предпринимательством по укреплению и улучшению здоровья граждан могут заниматься как организации, так и частные лица при производстве и реализации медицинских услуг и товаров медицинского назначения.

Конечным продуктом предпринимательской деятельности в здравоохранении могут быть:

- медико-производственное оборудование;
- инструменты;
- лекарственные средства;
- консультационные, лечебно-диагностические, страховые услуги [3].

Виды предпринимательской деятельности

Производственное предпринимательство — оказание медицинских и сервисных услуг, изготовление лекарственных средств, инструментов, медико-производственного оборудования.

Торговое предпринимательство — купля-продажа товаров медицинского назначения.

Финансовое предпринимательство — предоставление кредитов или вложение средств в различные объекты и виды медико-фармацевтической деятельности.

Страховое предпринимательство — страховая защита.

Одной из основных характеристик предпринимательства в здравоохранении помимо продукта, объема производства, прибыльности, темпов роста, научно-технического уровня является форма собственности на имущество.

Собственность — принадлежность средств и продуктов производства определенным лицам (индивидам или коллективам) в конкретных исторических условиях, отражающих тип отношений собственности.

Как экономической категории собственности присущи отношения:

— присвоения средств и продуктов производства в любой сфере деятельности;

— рационального использования основных средств, материалов, медикаментов, денег;

— экономической реализации собственности, в том числе получение доходов.

В отечественном здравоохранении доминирует **государственная форма собственности**.

Кроме того, в системе здравоохранения развиваются:

Частная форма собственности — абсолютное право физического или юридического лица на конкретное имущество.

Коллективно-долевая форма собственности — общая собственность нескольких лиц на имущество с установлением доли каждого из собственников или без определения долей

Смешанная форма собственности — общая собственность субъектов хозяйственной деятельности

Предпринимательством могут заниматься как физические, так и юридические лица.

Все юридические лица можно разделить на коммерческие (ООО, АО) и некоммерческие (учреждения, фонды, ассоциации, общественные и религиозные организации).

Из всех представленных организационно-правовых форм предпринимательства наибольшее распространение получила такая, как государственная организация здравоохранения, имеющая право оказывать медицинские услуги на платной основе [3].

Такая организация здравоохранения имеет следующие характерные черты:

1. Структура — некоммерческая организация.

2. Собственность — государственная.

3. Имеет право на предпринимательскую деятельность в виде платных медицинских услуг и экспорта услуг.

4. Цены на платные медицинские услуги регулируются со стороны государства.

5. Более жесткий, чем в коммерческих структурах контроль государства в лице органов управления здравоохранением за ценами, расходованием средств.

При создании негосударственного предприятия прежде всего утверждается его организационно-правовой статус, начиная с определения формы собственности, затем следует подготовка учредительных документов. Возможно создание дочерних предприятий, филиалов и представительств [3].

6.2. Планирование предпринимательской деятельности в организациях здравоохранения (бизнеспланирование)

Основным объектом бизнес-планирования является механизм эффективного планирования и прогнозирования деятельности организаций здравоохранения.

Методика бизнес-планирования — это формализованная совокупность специальных правил и приемов (одного или нескольких методов) разработки конкретных бизнес-планов.

Методика бизнес-планирования предусматривает последовательную реализацию следующих этапов:

- краткая характеристика организации здравоохранения (организационно-правовой статус, перечень видов деятельности);
- производственный план (основная медицинская деятельность, перспективы развития);
- план маркетинга (анализ сегментов рынка, выбор целевого рынка, позиционирование на рынке, изучение конкурентов, медицинских товаров и услуг, общественного мнения, реклама и др.);
- организационный план (схема управления, кадры учреждения);
- финансовый план (стратегия доходов и расходов);
- резюме или оценка эффективности (выбор количественных критериев эффективности деятельности, пути их достижения) [1,6, 7].

Бизнес-план. Разделы (структура) бизнес-плана

Бизнес-план представляет собой технико-экономическое обоснование деятельности и перспективы развития объекта здравоохранения (медицинской организации).

Вид и характер бизнес-плана зависит от интенсивности развития отрасли, мощности медицинской организации, финансовых возможностей, наличия конкуренции и т. д. Различают бизнес-план для внутреннего и внешнего пользования.

Функции бизнес-плана: стратегическая, контролирующая, аккумулярующая.

Значение бизнес-плана: содержит ориентиры деятельности объекта здравоохранения; дает возможность определить степень его устойчивости в условиях конкуренции; служит важным инструментом получения финансовых средств от внешних инвесторов; позволяет рассчитать перспективность (экономическую и финансовую целесообразность) будущих инвестиций в развитие объекта здравоохранения.

Разделы (структура) бизнес-плана:

1. Введение (вводная часть), содержит основные положения планируемого проекта.

Анализ положения дел в отрасли, охватывающего текущее состояние.

2. Описание характера медицинской помощи (вид, объем, сложность, ожидаемый результат, стоимость), которую предполагается выполнять по мере реализации проекта. В этом разделе представляются расчеты требуемых помещений производственного и служебного назначения, необходимая численность административно-управленческого и исполнительного медицинского персонала, сведения об объекте здравоохранения и партнерах.

3. Описание и обоснование процесса производства медицинской помощи.

4. План маркетинга, включающий анализ и обоснование цен на производимую медицинскую помощь, каналы (пути) ее реализации (продажи), разработку рекламных мероприятий, прогнозирование объема ее выполнения.

5. Организационный план, определяющий форму собственности объекта здравоохранения и отражающий сведения о партнерах, членах руководящего состава объекта здравоохранения, меру их ответственности. В этом разделе приводится организационная структура объекта здравоохранения, указывается распределение обязанностей по функциям управления.

6. Оценка степени риска, отражающая слабые стороны объекта здравоохранения, уточняющая возможность появления новых технологий по производству аналогичной медицинской помощи. Дается в данном разделе описание и анализ альтернативных стратегий деятельности объекта здравоохранения.

7. Финансовый план, включающий баланс доходов и расходов объекта здравоохранения, план денежных поступлений и платежей, балансовый план, источники и использование средств объектом здравоохранения.

8. Приложение к бизнес-плану содержит описание юридических (правовых) вопросов, копии контрактов и лицензий, прейскуранты цен и т. п. Бизнес-план обычно составляется на 2–3 года [1, 6, 7, 8].

7. ФИНАНСИРОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7.1. Финансовые ресурсы организаций здравоохранения

Для оказания медицинской помощи населению Республики Беларусь необходимы финансовые средства, трудовой потенциал, материальное обеспечение.

Финансы — это денежные потоки, образуемые государственными органами, банками, финансовыми рынками, юридическими и физическими лицами. Совокупность всех денежных средств, находящихся в распоряжении государства, субъектов хозяйствования, называется финансовыми ресурсами.

Финансовые ресурсы здравоохранения — это фонды денежных средств, находящиеся в распоряжении государства, хозяйствующих субъектов и населения, формирующиеся в процессе перераспределения части стоимости ВВП и предназначенные для предоставления услуг в области здравоохранения с целью обеспечения жизнедеятельности, воспроизводства и развития населения [1, 7].

Валовый внутренний продукт (англ. *GDP*) — макроэкономический показатель, отражающий рыночную стоимость всех конечных товаров и услуг (т. е. предназначенных для непосредственного потребления, использования или применения), произведенных за год во всех отраслях экономики на территории государства для потребления, экспорта и накопления, вне зависимости от национальной принадлежности использованных факторов производства. ВВП страны может быть выражен как в национальной валюте, и при необходимости справочно пересчитан по биржевому курсу в иностранную валюту, так и может быть представлен по паритету покупательной способности (ППС) для более точных международных сравнений.

7.2. Модели финансирования здравоохранения

Исходя из соотношения источников поступления финансовых ресурсов в систему здравоохранения, можно выделить три базовые модели финансирования здравоохранения.

1. Государственная модель финансирования национальной системы здравоохранения, называемая также «Бевериджская». Впервые данная модель была принята в Великобритании в 40-х годах 20 века и затем получила широкое распространение в Европейских странах (Италия, Швеция, Греция, Финляндия и др.). В рамках данной системы финансовые ресурсы на

здравоохранение формируются за счет планового перераспределения бюджетных средств, аккумулированных посредством налогообложения. Несомненным достоинством рассматриваемой модели является гарантированный государством доступ всего населения к получению медицинской помощи и медицинскому обслуживанию, что обусловлено стабильностью налоговых каналов формирования бюджета. Однако подобная система формирования финансовых ресурсов здравоохранения является эффективной лишь при условии поступательного стабильного развития экономики конкретной страны и достаточно высокого социального уровня жизни населения.

2. Бюджетно-страховая модель, называемая также «Бисмаркская». Данная модель возникла в Германии и получила распространение во Франции, Бельгии, Швейцарии, Австралии. Сообразно данной модели финансовые ресурсы здравоохранения формируются за счет обязательных взносов, выплачиваемых предприятиями, организациями и гражданами в специальные фонды страхования здоровья, определяемые законодательством страны. Размеры взносов основываются на платежеспособности, а доступ к услугам здравоохранения определяется потребностью в них. При этом гарантируется право на получение точно оговоренного вида услуг. Граждане страны, не имеющие доступа к специальным фондам страхования здоровья, как правило, охватываются системой минимальных государственных гарантий в области здравоохранения либо же частным медицинским страхованием.

Преимущество этой системы состоит в дифференциации размеров взносов пропорционально доходам работающего населения. Соответственно, такой подход в наибольшей мере реализует принцип социальной справедливости, когда отчисления от доходов наиболее обеспеченных слоев населения покрывают расходы на здравоохранение наименее имущих. Кроме того, населению предоставляется право выбирать страховой фонд, финансирующий медицинские услуги того или иного медицинского учреждения, что в конечном итоге приводит к конкуренции медицинских работников и создает объективные предпосылки к повышению качества медицинских услуг.

Вместе с тем, финансирование за счет обязательных взносов сопряжено с определенными проблемами и, прежде всего, прямой зависимостью финансовых ресурсов фондов страхования здоровья от численности работающего населения страны. Очевидно, что при росте безработицы объем финансовых ресурсов всех страховых фондов существенно снижается, что приведет к ухудшению финансового обеспечения системы здравоохранения страны в целом.

3. Частнопредпринимательская модель. Сущность данной модели базируется на тезисе о том, что забота о собственном здоровье — это частное дело каждого индивидуума. Соответственно, финансовые ресурсы здравоохранения аккумулируются за счет реализации платных медицинских услуг, а также средств добровольного медицинского страхования. Страхуемое насе-

ление выплачивает премию страховщику, размер которой определяется ожидаемой средней стоимостью оказываемых услуг, причем граждане, подверженные большому риску, платят больше. Прямая оплата медицинских услуг населением производится в соответствии с тарифами за услуги, которые им оказаны. В наибольшей мере такая модель формирования финансовых ресурсов характерна для США, Израиля, Южной Кореи, Нидерландов.

На практике в чистом виде данные модели не существуют. Как правило, имеет место смешанная модель с преобладанием одного или нескольких источников формирования финансовых ресурсов.

В современных условиях динамичными тенденциями в финансировании здравоохранения различных государств являются: изменение форм собственности, развитие медицинского страхования, расширение внебюджетных источников финансирования, создание рынка и экспорт медицинских товаров, развитие платной медицинской помощи.

В Республике Беларусь до 93 % населения обеспечивается медицинской помощью, предоставляемой организациями государственного сектора здравоохранения.

В соответствии с действующим в Республике Беларусь законодательством государственным организациям здравоохранения предоставлено право оказывать услуги на платной основе. Кроме того, организациям и физическим лицам разрешено осуществлять предпринимательскую деятельность в медицинской сфере. Диверсификация источников финансирования привела к серьезным изменениям в отечественной системе здравоохранения: организации здравоохранения, получив возможность осуществлять коммерческую деятельность, стали более самостоятельные; начал формироваться рынок медицинских услуг. Предприятия, имеющие различные организационно-правовые формы и конкурирующие между собой.

Необходимо отметить, что организации здравоохранения могут оказывать медицинские услуги только при наличии лицензии на избранный вид деятельности. Процедура лицензирования позволяет определять возможность медицинской организации оказывать лечебно-профилактическую помощь и услуги населению, а также его способность заниматься медицинской практикой в объеме и функциях, адекватных состоянию материально-технической базы организаций и квалификации персонала [1, 7].

7.3. Бюджетное устройство Республики Беларусь. Бюджет и его виды

Основой финансовой системы страны является государственный бюджет. Бюджетное законодательство базируется на Конституции Республики Беларусь и включает в себя:

— **Бюджетный кодекс Республики Беларусь;**

— **декреты, указы и распоряжения Президента Республики Беларусь, регулирующие вопросы бюджетных отношений;**

— постановления Правительства Республики Беларусь, Национального банка, нормативные акты, принимаемые Министерством финансов в пределах своей компетенции;

— нормативные правовые акты органов местного управления и самоуправления, принимаемые в случаях и пределах, предусмотренных законодательством, регламентирующие вопросы бюджетных отношений.

При решении вопросов управления финансами в масштабе отрасли здравоохранения, а также на уровне отдельных ее организаций используются: бюджетная классификация страны, Инструкция по составлению сметы расходов больничной, амбулаторно-поликлинической организации, скорой медицинской помощи, финансируемых из средств бюджета, др. акты.

Бюджет (от англ. budget — сумка). В Бюджетном кодексе Республики Беларусь дано определение **понятия «бюджет»: план формирования и использования денежных средств для обеспечения реализации задач и функций государства.** Это единая смета доходов и расходов на определенный период времени, утверждаемая законодательно. Бюджет состоит из доходной и расходной частей. Доходы показывают источники поступления денежных средств, расходы — направление этих средств на общегосударственные нужды. Доходы бюджета — это денежные средства, поступающие, согласно законодательству, в распоряжение органов государственной власти соответствующего уровня [1, 7].

Государственный бюджет — это бюджет страны, отражающий доходы и расходы государства, основной финансовый план страны, отражающий экономические отношения по формированию, распределению и использованию централизованного Фонда денежных средств.

Бюджет находится в распоряжении Правительства, используется для финансирования народного хозяйства, обороны, здравоохранения, культуры и др. Бюджет планируется с превышением доходной части над расходной. Основным источником наполнения государственного бюджета являются налоги. Налог — это обязательный платеж. Он взимается государством в законодательном порядке с юридических и физических лиц для удовлетворения общественных потребностей.

В структуре расходов консолидированного Государственного бюджета Беларуси более 90 % объема ассигнований здравоохранения направляется в организации здравоохранения. В этой группе затрат свыше 80 % идет на финансирование больниц и поликлиник. Финансирование осуществляется в строгом соответствии с целевым назначением бюджетных ассигнований.

Дефицит бюджета — превышение расходов над доходами.

Бюджет должен планироваться с превышением доходной части над расходной. Поступления в бюджет нашей страны осуществляются за счет

налогов и прибылей народного хозяйства (промышленности, сельского хозяйства, внешней и внутренней торговли государственных структур), за счет налогов от населения и негосударственных организаций: индивидуальной трудовой деятельности; работы малых и арендных предприятий; лизинговых компаний; акционерных обществ; обществ с ограниченной ответственностью; совместных предприятий и т. д.

Межбюджетные трансферты — бюджетные средства, передаваемые из одного бюджета в другой на безвозмездной и безвозвратной основе.

Субсидия — бюджетный трансферт (пособие со стороны государства), предоставляемый организации, физическому лицу на условиях участия в финансировании (софинансировании) для производства и (или) реализации товаров (работ, услуг) либо для частичного возмещения целевых расходов.

Субвенция — межбюджетный трансферт, предоставляемый другому бюджету на осуществление определенных целевых расходов.

Бюджетная организация — организация, образованная Президентом Республики Беларусь, государственными органами, в т. ч. местным Советом депутатов, местным исполнительным и распорядительным органом или иной уполномоченной на то государственной организацией для осуществления управленческих, социально-культурных, научно-технических или иных функций некоммерческого характера. Она финансируется из конкретного бюджета на основе бюджетной сметы и бухгалтерского учета, который ведется в соответствии с планом счетов бухгалтерского учета, утвержденным в установленном порядке для бюджетных организаций. Бюджетная система базируется на бюджетном процессе.

Бюджетный процесс — регламентированная законодательством деятельность государственных органов, иных участников бюджетного процесса по составлению, рассмотрению, утверждению, исполнению бюджетов и отчетов об их исполнении.

Бюджет предприятия, организации — утвержденная единая смета доходов и расходов на определенный период времени.

Норматив бюджетной обеспеченности — гарантированный государством в пределах имеющихся бюджетных средств уровень финансового обеспечения полномочий местных исполнительных и распорядительных органов власти [1, 2].

В бюджетную систему Республики Беларусь как самостоятельные части включаются **республиканский бюджет и местные бюджеты**.

Местные бюджеты подразделяются: на **бюджеты первичного уровня** (сельские, поселковые, городские, в том числе городов районного подчинения); **бюджеты базового уровня** (районные и городские, в том числе городов областного подчинения); **бюджеты областного уровня** (областные бюджеты и бюджет г. Минска) [1, 7].

7.4. Формирование и расходование государственного бюджета

Бюджет здравоохранения Республики Беларусь, как и других отраслей социальной сферы, определяется Министерством финансов совместно с Министерством здравоохранения, исходя из прогнозных показателей социально-экономического развития с применением коэффициентов роста по каждой статье затрат к фактическому исполнению бюджета прошлого периода. Кроме того, в обязательном порядке предусматривается финансирование для выполнения поручений Президента Республики Беларусь, Совета Министров, облисполкомов, а также для обеспечения мероприятий государственных программ.

Начиная с 2001 года Министерство финансов совместно с Министерством здравоохранения Республики Беларусь на основании показателя уровня расходов на здравоохранение к ВВП исчисляет объем расходов на здравоохранение в целом по Республике Беларусь.

Финансирование здравоохранения Республики Беларусь по отношению к ВВП: 2014 года — 5,39 %; 2015 года — 6,07 %; 2016 года — 6,32 %; 2017 года — 6,0 %; 2018 года — 6,2 %; 2019 года — 6,2 %.

Рассчитанную сумму республиканского бюджета Министерство здравоохранения доводит до главных управлений здравоохранения облисполкомов и Минского горисполкома. Сумма областного бюджета распределяется по подведомственным регионам (районы, города областного подчинения). Областные, городские и районные бюджеты называются местными.

Республиканский бюджет находится в ведении Совета Министров и обеспечивает расходы по финансированию важнейших отраслей народного хозяйства и социально-культурных мероприятий, имеющих общереспубликанское значение, а также расходы по организации обороны страны, государственной безопасности и развитию национальной культуры.

Местные бюджеты находятся в ведении местных Советов депутатов, составляют финансовую базу и призваны удовлетворять потребности хозяйственного и культурного строительства на местах. Местные бюджеты подразделяются на областные, городские, районные, бюджеты сельских советов. Бюджетная процедура в своем развитии обязательно проходит четыре этапа: **составление, рассмотрение, утверждение и исполнение.**

Порядок формирования бюджета определяется бюджетным законодательством и постановлениями Правительства Республики Беларусь. Проект бюджета составляется Министерством финансов на основе проектов финансовых планов и сводных смет других министерств. Составленный проект бюджета рассматривается в Совете Министров. Завершенный его

вариант передается в планово-бюджетную комиссию Палаты представителей Национального Собрания. Рассмотренный в комиссии проект бюджета принимается сессией Палаты представителей с последующим одобрением Советом Республики Национального Собрания. Принятый проект бюджета приобретает статус закона. Закон «О бюджете» вступает в силу действия после утверждения Президентом Республики Беларусь. Бюджеты местных Советов утверждаются на сессии Советов депутатов соответствующего уровня [1, 7].

Расходы республиканского бюджета и местных бюджетов определяются с учетом программ социально-экономического развития Республики Беларусь и отдельных административно-территориальных единиц, нормативов бюджетной обеспеченности.

Финансирование медицинских организаций производится на основе утвержденных финансовых смет, в пределах ассигнований из соответствующего бюджета в зависимости от их принадлежности тому или иному органу государственной власти в соответствии с административно-территориальным делением и номенклатурой организаций здравоохранения. Так, республиканские больницы финансируются из республиканского бюджета, областные — из областного бюджета, больницы г. Минска финансируются как из городского, так из бюджетов районов г. Минска. Районные и городские больницы городов областного подчинения финансируются из бюджета базового уровня.

В нашей стране «подушевой» норматив введен с 2000 года. Министерством здравоохранения и Министерством финансов Республики Беларусь разработана методика определения суммы бюджета, исходя из исчисления нормативов бюджетной обеспеченности — расходов на здравоохранение системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь — на жителя на республиканском и территориальном уровнях, вводимых с целью совершенствования системы финансирования организаций здравоохранения с учетом региональных особенностей здоровья населения и уровня развития здравоохранения (постановление Министерства финансов и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.09.2000 № 40/101 «Об утверждении Положения о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя»). До принятия данного постановления финансирование осуществлялось на больничную койку, что не давало возможности активно развивать амбулаторно-поликлиническую помощь. Таким образом, если ранее соотношение между финансированием стационарного и амбулаторного звена составляло 80,0 на 20,0 %, то после принятия нормативного акта это соотношение приходит к 55,0 на 45,0 %) [1, 7].

Величина норматива бюджетного финансирования на медицинскую помощь на одного жителя в год определяется с учетом обоснованных норм и нормативов потребности населения в медицинской помощи и

должна обеспечивать возмещение материальных затрат организаций здравоохранения, формирование средств на оплату труда работников здравоохранения и создание материально-технической базы.

Расходы, ежегодно направляемые на эти цели, определяются исходя из потребностей здравоохранения и закрепляются законом Республики Беларусь «О бюджете». Финансовый год для всех бюджетов на территории Республики Беларусь устанавливается с 1 января по 31 декабря календарного года. Законом Республики Беларусь «О бюджете Республики Беларусь» ежегодно устанавливаются среднереспубликанский и региональные нормативы бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение. **Так, законом Республики Беларусь от 30 декабря 2018 года № 160-3 «О республиканском бюджете на 2019 год», ст. 21 установлено, что в 2019 году минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Республике Беларусь составляет 567,44 рубля, в том числе по Гомельской области — 456,2 рубля.** На оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом скорой медицинской помощи направляются средства исходя из минимального норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в размере не менее 40 % от общего объема финансирования расходов на здравоохранение [1, 7, 14].

В 2020 году норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя по Республике Беларусь составляет 660,5 рубля, по областям и г. Минску — 526,04 рубля, в том числе по Брестской области — 508,6 рубля, Витебской — 524,75 рубля, Гомельской — 533,52 рубля, Гродненской — 516,88 рубля, Минской — 476,88 рубля, Могилевской области — 527,48 рубля и г. Минску — 572,82 рубля; на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом скорой медицинской помощи направляются средства исходя из минимального норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя в размере не менее 40 % от общего объема финансирования расходов на здравоохранение, предусмотренных для соответствующей административно-территориальной единицы [15].

Эти нормативы выполняют функции основных социальных стандартов в области здравоохранения, являются основой для формирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и отражают размеры средств, необходимых для компенсации затрат организаций здравоохранения на предоставление бесплатной медицинской помощи. Данные нормативы являются минимальными и могут быть увеличены исходя из финансовых возможностей административно-территориальных единиц.

Нормативы утверждаются в денежном выражении в целом на год, без фиксированной разбивки по кварталам года, и по их годовой величине

анализируется размер бюджетных расходов на здравоохранение утверждаемых местными советами.

В Республике Беларусь основным источником финансирования организаций здравоохранения являются средства государственного бюджета, выделяемые исходя из нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя. Введенные нормативы расходов на одного жителя выполняют функции основного социального стандарта в области здравоохранения. Также в качестве социальных стандартов определены нормативы по обеспеченности больничными койками, аптеками, бригадами скорой помощи, врачами первичного звена. На основе нормативов расходов на одного жителя разрабатываются территориальные программы государственных гарантий оказания медицинской помощи и определяются соответствующие объемы финансирования [1, 7].

7.5. Внебюджетные источники финансовых средств в организации здравоохранения

Помимо государственного бюджета, иными **источниками финансовых поступлений на охрану здоровья** являются:

- внебюджетные средства органов исполнительной и распорядительной власти;
- добровольные взносы предприятий, учреждений и организаций, общественных объединений и отдельных граждан, а также юридических лиц, иностранных граждан и лиц без гражданства;
- средства, полученные в результате удовлетворения исков органов здравоохранения к предприятиям, учреждениям, организациям по возмещению расходов на оздоровительные мероприятия в случае аварии или нарушения технологических процессов, повлекших ухудшения либо потерю здоровья граждан;
- доходы от хозяйственной деятельности организаций здравоохранения, в т. ч. платной медицинской помощи, экспорта услуг, штрафные санкции за нарушение санитарных правил и норм;
- фонды медицинского страхования, другие источники, не запрещенные действующим законодательством;
- иные источники, не запрещенные законодательством.

Финансирование осуществляется в соответствии с целевым назначением бюджетных ассигнований. Около 90 % выделенных здравоохранению финансовых средств расходуется на оказание медицинской помощи населению.

Наполнение бюджета осуществляется за счет: налогов и прибылей от народного хозяйства (промышленности, сельского хозяйства, внешней и внутренней торговли и пр.); налогов с населения; налогов с негосудар-

ственных организаций: индивидуальной трудовой деятельности, малых и арендных предприятий, лизинговых компаний, кооперативов, акционерных обществ, обществ с ограниченной ответственностью, совместных предприятий и т. д.

За выполнение финансово-бюджетной дисциплины несут ответственность руководители и главные бухгалтера, после чего все неиспользованные кредиты закрывают [1, 7].

7.6. Смета расходов организации здравоохранения. Исполнение бюджета (сметы)

Составлению проекта бюджета (бюджетной сметы) на планируемый финансовый год, как правило, предшествуют анализ отчетных данных за истекший финансовый год и оценка ожидаемого исполнения бюджета текущего года.

Смета — это финансовый план расходов организации на календарный год. Она включает все расходы в планируемый период. Смета организации является основным финансовым документом, определяющим общий объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, выделяемых на его содержание.

Смета расходов составляется в соответствии с бюджетной классификацией расходов, которая утверждена Законом Республики Беларусь от 05.05.1998 № 158-3 [1, 7].

7.7. Структура сметы расходов организации здравоохранения

В 1999 году утверждена единая смета расходов бюджетных организаций. Смета расходов разрабатывается в разрезе статей и сопровождается расчетами по отдельным видам затрат.

Для здравоохранения в ней отведены **три статьи**: ст. 10; ст. 30; ст. 40.

- **Статья 10 (текущие расходы)**: оплата труда рабочих и служащих, начисления на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, предметов снабжения, изделий медицинского назначения, продуктов питания, коммунальные и другие виды расходов.

- **Статья 30 (субсидии и текущие трансферты)**.

- **Статья 40 (капитальные расходы)**: капитальные вложения в основные фонды, приобретение оборудования и предметов длительного пользования, капитальный ремонт.

Индивидуальные сметы организаций здравоохранения составляются на основе нормативных правовых документов Правительства (Министер-

ства здравоохранения Республики Беларусь), решений местных органов самоуправления с учетом: основных показателей плана; указанием финансовых органов о формах сметы, порядке их заполнения и сроках предоставления; индивидуальных потребностей организации; утвержденных сметных ассигнований на текущий год; ожидаемого исполнения.

Расходы организации здравоохранения состоят из текущих и капитальных. К текущим расходам относятся:

- Статья 10.01.00 «Оплата труда рабочих и служащих» занимает основное место в расходах медицинского учреждения (50–60 % расходов). Фонд заработной платы на планируемый год определяется запланированным количеством штатных должностей (врачи, средние и младшие медицинские работники, административно-хозяйственный и технический персонал) и месячными ставками заработной платы с учетом устанавливаемых надбавок и повышений, а также премии и материальной помощи. В фонд заработной платы включается оплата за работу в праздничные дни, оплата ночных дежурств и т. д. Кроме того, устанавливается фонд зарплаты нештатного состава для оплаты по трудовым соглашениям работникам, привлекаемым со стороны для выполнения отдельных разовых работ.

- Статья 10.02.01 «Начисления на оплату труда». По этой статье планируются расходы, связанные с социальным страхованием и социальным обеспечением (временная нетрудоспособность, пособия на детей, пенсии и др.).

Законодательством предусмотрены:

- отчисления в государственный фонд социальной защиты населения — 35 % от фонда заработной платы;

- страховой взнос по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний — 0,2 % от фонда заработной платы.

- Статья 10.03.01 «Канцелярские и хозяйственные расходы» состоит из расходов:

- на канцелярские товары;

- подписку на периодические издания;

- стирку белья;

- приобретение предметов и материалов на хозяйственные цели. Все расходы по этой статье должны быть точно обоснованы.

- Статья 10.03.02 «Медикаменты и перевязочные средства». Кроме медикаментов и перевязочных средств по этой статье проходят расходы на бактериологические препараты, сыворотки, вакцины, дезинфицирующие средства, кровь для переливания.

- Статья 10.03.03 «Мягкий инвентарь и обмундирование». В основу расходов по этой статье положены нормативы белья на одну койку. Расчет ведется по табелю оснащения с учетом ежегодной амортизации белья.

- Статья 10.03.05 «Прочие расходные материалы». По этой статье отражаются расходы на приобретение материалов для зубного протезирова-

ния, протезирования клапанов сердца, внутренних имплантатов, наборов пластин для остеосинтеза костей, рентгеновской пленки, шприцев, реактивов, мелкого медицинского инструментария и другие расходы.

- Статья 10.03.04 «Продукты питания». При исчислении расходов по этой статье следует исходить из стоимости питания одного больного в день, умноженной на число запланированных койко-дней. Общая сумма расходов по этой статье составляет примерно 15–20 % бюджета больницы.

- Статья 10.04.00 «Командировки и служебные разъезды». По этой статье предусматривают ассигнования на оплату проезда, суточных и квартирных при командировках, оплату расходов по служебным разъездам.

- Статья 10.05.00 «Оплата транспортных услуг». Сюда относят расходы на содержание, наем и ремонт транспорта.

- Статья 10.06.00 «Оплата услуг связи». Оплата услуг телефонной связи, почтовых отправлений, услуг за пользование Интернетом.

- Статья 10.07.00 «Оплата коммунальных услуг». Она состоит из расходов на отопление, освещение, водоснабжение, пожарную охрану и прочих. Установить единые нормы расходов по этой статье для всех учреждений невозможно, так как они зависят от конкретных условий и особенностей работы учреждения. Например, расходы на отопление зависят от системы отопления, вида топлива, расходов на освещение (от характера освещения и количества осветительных точек) и пр. [1, 7].

Капитальные расходы включают следующие статьи.

- Статья 40.01.00 «Приобретение оборудования и предметов длительного пользования». По этой статье проходят расходы на приобретение мебели, медицинского оборудования и др. Планирование данной статьи расходов осуществляется на основании государственных программ: Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы.

- Статья 40.03.00 «Капитальный ремонт». Расходы по этой статье планируются в соответствии с утвержденной технической сметой.

Обоснование сумм расходов по каждой статье сметы производится в приложениях к ней.

Проект сметы расходов медицинской организации на предстоящий год составляется в мае–июне бухгалтерско-экономической службой под руководством главного врача. К составлению проекта сметы привлекаются заместители главного врача и заведующие отделениями. Особое внимание обращается на более полное использование имеющихся в организации резервов. Проект сметы должен максимально точно отражать действительную потребность учреждения в финансировании. Исходными материалами для составления проекта сметы являются объем деятельности организации здравоохранения, определенный планом его развития и установленные нормативы и нормы расходов.

Различают нормативы следующих видов:

- финансовые (ставки заработной платы, нормы командировочных расходов, расходов на питание и др.);
- материальные (нормативы мягкого инвентаря, мебели, хозяйственного оборудования, лекарственных и перевязочных средств, транспорта и т. д.).

Финансовые нормативы делятся на:

- обязательные (утверждаемые вышестоящей организацией);
- необязательные (расчетные).

Обязательные нормативы (ставки заработной платы, нормы расходов на питание и медикаменты и др.) не разрешается занижать или превышать. Необязательные нормативы (нормы расходов на отопление, освещение, стирку белья, хозяйственные принадлежности) могут быть изменены в зависимости от особенностей хозяйства медицинского учреждения. Они базируются на фактических расходах за ряд истекших лет, утверждаются руководителем организации и согласовываются с вышестоящим органом управления [1, 7].

7.8. Порядок рассмотрения и утверждения сметы

Проект сметы составляется не менее чем в трех экземплярах. Два экземпляра проекта сметы, подписанных руководителем и главным бухгалтером с приложением всех обоснованных расчетов и пояснительной записки представляется для рассмотрения и утверждения в орган управления здравоохранения. При рассмотрении проекта сметы в нее могут быть внесены изменения, дополнения, уточнения, мотивированные доказательства и дополнительные обоснованные расчеты.

Дальнейшая работа над сметой — это распределение полученных на будущий финансовый год ассигнований по кварталам бюджетного года. Чрезвычайно важно планировать календарный план различных мероприятий, связанных с финансовыми затратами обоснованно поквартально (а не равными долями).

Один экземпляр утвержденной сметы возвращается организации, другой передается финансовому органу, третий — остается у главного распорядителя кредитов. Срок действия индивидуальных смет организаций заканчивается 31 декабря текущего года, после чего все неиспользованные кредиты закрывают.

Индивидуальные сметы организаций здравоохранения составляются на основе нормативных правовых документов правительства (Министерства здравоохранения Республики Беларусь), решений местных органов самоуправления с учетом: основных показателей плана; указанием финансовых органов о формах сметы, порядке их заполнения и сроках представления; индивидуальных потребностей организации; утвержденных

сметных ассигнований на текущий год; ожидаемого исполнения.

Исходными данными для определения расходов медицинской помощи являются:

- 1) планируемые объемы медицинской помощи;
- 2) нормы и нормативы обеспечения материально-техническими ресурсами, утвержденные в установленном порядке, а при их отсутствии — по фактическому потреблению, сложившемуся за прошлые годы;
- 3) договоры на поставку материальных ресурсов, содержащие условия их выполнения и оплаты;
- 4) нормы нагрузки, затрат труда, расчеты штатной численности, условия оплаты труда;
- 5) сроки полезного использования (нормативный срок службы) основных средств и предметов в составе оборотных средств.

При формировании сметы по статьям затрат приоритетными являются так называемые социально защищенные статьи: заработная плата с начислениями, медикаменты, продукты питания, коммунальные расходы, трансферты (льготные медикаменты и льготное зубопротезирование), к потребности которых применяются повышающие коэффициенты.

Финансирование организаций здравоохранения производится на основе утвержденных финансовых смет в пределах ассигнований из соответствующего бюджета в зависимости от принадлежности организации тому или иному органу государственной власти в соответствии с административно-территориальным делением и номенклатурой организаций здравоохранения.

Министерство здравоохранения в пределах своей компетенции ежемесячно анализирует представляемую управлениями здравоохранения облисполкомов и комитетом по здравоохранения Мингорисполкома оперативную информацию о планируемых объемах и фактических расходах на здравоохранение из средств местных бюджетов [1, 7].

7.9. Платежная документация

Организации здравоохранения в отделении одного из государственных банков открывают текущий счет. На него в соответствии с утвержденной сметой и поквартальной разбивкой поступают средства. Руководители, которым предоставлено право распоряжаться бюджетными ассигнованиями (кредитами), называются распорядителями кредитов. Распорядителем кредитов в медицинском учреждении является главный врач. Он несет ответственность за правильное, рациональное расходование государственных денежных средств.

Ответственность за целевое использование бюджетных средств, выделенных по смете расходов, устанавливается в соответствии с Законом о бюджетной системе Республики Беларусь.

Организации здравоохранения осуществляют финансовую деятельность путем безналичных расчетов. Безналичные расчеты — денежные платежи, совершаемые путем перечислений денег со счетов плательщика на счета получателей.

Они имеют ряд преимуществ по сравнению с платежами наличными деньгами:

- экономию издержек обращения, поскольку при этих расчетах отпадают расходы на перевозки, пересчет и хранение наличных денег;
- сокращение времени расчетов;
- лучшие условия для контроля, осуществляемого Нацбанком на основе документов, по которым производятся платежи.

Основными документами, обязывающими банк произвести безналичную денежную операцию, являются:

- расчетные чеки;
- платежные требования плательщиков;
- платежные требования поставщиков.

Расчетный чек — банковский документ, которым распорядитель кредита (плательщик) предписывает банку списать со своего текущего счета и перевести указанную сумму на текущий счет другого учреждения — поставщика. Подписывается руководителем, главным бухгалтером и ставится гербовая печать. Расчетный чек сохраняет силу в течение 10 дней со дня его выдачи.

Платежное поручение — письменное распоряжение клиента банку о списании со своего расчетного счета и безналичном перечислении определенных сумм средств на счета получателя.

Платежное требование — это расчетный безналичный документ, выписываемый поставщиком на основании расчета или накладной, его требование к плательщику оплатить отпущенные ему товары или предоставленные услуги. Операция банка по взысканию платежей в пользу поставщиков называется «инкассо».

Открываемые кредиты должны быть использованы в строгом соответствии со сметными назначениями. Однако в процессе исполнения сметы может возникнуть необходимость внести изменения в утвержденные годовые суммы ассигнования по отдельным статьям сметы. Такие вопросы решаются путем передвижения кредитов. Передвижение кредитов заключается в увеличении или уменьшении (перераспределении) годовых и квартальных бюджетных ассигнований в пределах общей суммы расходов на год, за исключением ассигнований на заработную плату, начислений на заработную плату и капитальный ремонт. Передвижение кредитов производится вышестоящей организацией.

При уточнении бюджета в процессе его исполнения в связи с изменением условий оплаты труда, цен на товары и услуги плановые ассигнования подлежат индексации [1, 7].

7.10. Основные фонды организаций здравоохранения

Анализ деятельности организации здравоохранения включает реализацию основных фондов, оценку эффективности использования коечного фонда, интенсивность эксплуатации медицинской техники, инструментария, приборов, анализ финансовых расходов и стоимости медицинской помощи, оценку труда персонала.

Материальной базой функционирования медицинских организаций являются основные фонды. Основные фонды экономики страны — совокупность произведенных, длительно действующих материально-вещественных ценностей.

Различают активную и пассивную части основных фондов. В здравоохранении активную часть составляют приборы, аппараты, медицинская техника. На их долю приходится около 20 % общей совокупности фондов. Пассивная часть (80 %) — здания, сооружения, стационарные технические устройства и др.

Ресурсное обеспечение здравоохранения как отрасли экономики характеризуется рядом показателей [1, 7].

7.11. Показатели основных фондов

К ним относятся:

Фондовооруженность труда персонала (уровень оснащенности трудовых процессов основными фондами). Рассчитывается как отношение стоимости основных фондов к среднегодовому числу работников.

Фондовооруженность медицинского персонала — стоимость активной части основных фондов, деленная на среднее число врачей и средних медицинских работников.

Фондоотдача (показатель эффективности использования основных фондов). В натуральном выражении — число госпитализированных за год больных, число фактически обратившихся в поликлинику. В стоимостном выражении рассчитывается как отношение числа обратившихся к стоимости основных фондов организации здравоохранения.

Фондоемкость — величина, обратная фондоотдаче.

Коэффициент выбытия — показатель, равный отношению суммы выбывших основных фондов к стоимости основных фондов на начало года.

Коэффициент обновления — отношение суммы введенных основных фондов за год к стоимости основных фондов на конец года.

Коэффициент накопления — отношение разницы между введенными и выбывшими основными фондами к стоимости основных фондов на начало года [1, 7, 8].

7.12. Оплата труда медицинских работников

Указом Президента Республики Беларусь от 18 января 2019 года № 27 «Об оплате труда работников бюджетных организаций» с 01 января 2020 года для работников бюджетных организаций, в т. ч. здравоохранения, введена новая система оплаты труда.

Заработная плата работников состоит из:

- оклада;
- стимулирующих выплат (надбавки, премия);
- компенсирующих выплат (доплаты).

На премию направляются средства, предусматриваемые в соответствующих бюджетах, в размере 5,0 % от суммы окладов работников.

Работникам бюджетных организаций ежегодно: осуществляется единовременная выплата на оздоровление (как правило, при уходе в трудовой отпуск) из расчета 0,5 оклада и оказывается материальная помощь в связи с непредвиденными материальными затруднениями с направлением на эти цели средств в размере 0,3 среднемесячной суммы окладов работников.

При этом, размеры, порядок и условия выплаты премии, единовременной выплаты на оздоровление, материальной помощи определяются согласно положениям, утвержденным руководителями бюджетных организаций.

Разграничены полномочия Правительства Республики Беларусь, республиканских органов управления и бюджетных организаций в определении условий оплаты труда, установлении стимулирующих и компенсирующих выплат.

Проведение тарификации всех работников бюджетной организации на основании тарифной сетки и базовой ставки в размере 180,0 рублей, утвержденных постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 февраля 2019 года № 138 «Об оплате труда работников бюджетных организаций» [18].

Постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 3 апреля 2019 года № 13 «Об оплате труда работников бюджетных организаций» определено, что оклады работников бюджетных организаций определяются путем умножения базовой ставки на коэффициенты тарифных разрядов тарифной сетки [18].

Тарификация работников, должности (профессии) которых являются общими для всех видов экономической деятельности, определяется в соответствии с диапазоном тарифных разрядов, определенных пунктом 1 тарифной сетки, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 февраля 2019 года № 138 «Об оплате труда работников бюджетных организаций», в т.ч.:

- 1.1. рабочие;
- 7.5. другие служащие;
- 1.3., 1.4. специалисты [18].

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2019 года № 52 «Об оплате труда медицинских и фармацевтических работников, а также служащих, занятых в здравоохранении и фармацевтической деятельностью» установлены тарифные разряды по должностям медицинских, фармацевтических работников, а также служащих, занятых в здравоохранении и фармацевтической деятельностью, бюджетных организаций независимо от их ведомственной подчиненности (по должностям которые поименованы в соответствии с 25 выпуском Единого квалификационного справочника должностей).

Оклады медицинским работникам, занятым оказанием медицинской помощи сверх установленной для них продолжительности рабочего времени, другим работникам, работающим по совместительству, устанавливаются отдельными строками по каждой должности (профессии) в соответствующем структурном подразделении с учетом объема их работы.

После проведения тарификации по всем должностям (профессиям) штатного расписания исчисляется необходимая сумма на оплату труда по окладам работников, исчисляется средний размер окладов в разрезе категорий персонала [18].

Исчисление стажа работы в бюджетных организациях производится в соответствии с пунктами 4–11 Инструкции о размерах и порядке осуществления стимулирующих (кроме премий) и компенсирующих выплат, предусмотренных законодательными актами и постановлениями Совета Министров Республики Беларусь, утвержденной Постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 3 апреля 2019 года № 13 «Об оплате труда работников бюджетных организаций».

Установление надбавки за стаж работы в бюджетных организациях производится в размерах от базовой ставки при стаже работы:

- до 5 лет — 10 %;
- от 5 до 10 лет — 15 %;
- от 10 до 15 лет — 20 %;
- от 15 лет и выше — 30 %.

В соответствии с Указом Президента Республики Беларусь от 18 января 2019 года № 27 «Об оплате труда работников бюджетных организаций» порядок исчисления стажа работы, учитываемого при выплате надбавки за стаж работы в бюджетных организациях, определяется Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь.

Надбавки за стаж работы устанавливаются работникам, занятым оказанием медицинской помощи сверх установленной для них продолжительности рабочего времени, работающим по совместительству с учетом объема их работы [18].

В соответствии с Декретом Президента Республики Беларусь от 18 января 2019 года № 1 «Об изменении Декрета Президента Республики Беларусь» работникам бюджетных организаций и иных организаций, по-

лучающих субсидии, работники которых приравнены по оплате труда к работникам бюджетных организаций, с которыми заключены контракты, устанавливается надбавка в размере не более 50 % оклада.

Конкретный размер надбавки по контрактам устанавливается в пределах средств, предусмотренных в соответствии с законодательством на оплату труда на соответствующий финансовый (календарный) год [18].

Стимулирующие и компенсирующие выплаты

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2019 года № 52 «Об оплате труда медицинских и фармацевтических работников, а также служащих, занятых в здравоохранении и фармацевтической деятельностью» определены перечни стимулирующих и компенсирующих выплат медицинским, фармацевтическим работникам, а также служащим, занятым в здравоохранении и фармацевтической деятельностью, бюджетных организаций независимо от их ведомственной подчиненности [18].

В соответствии с данным постановлением стимулирующие выплаты — надбавки — устанавливаются в процентах от оклада работника:

- надбавка за применение (участие в применении) новых, сложных и уникальных методов оказания медицинской помощи (в зависимости от квалификационной категории: врачам-специалистам от 10,0 до 135,0 % оклада; медицинским работникам со средним специальным медицинским образованием от 90,0 до 110,0 % оклада);

- надбавка за специфику работы в сфере здравоохранения. Данная надбавка устанавливается:

- 1) медицинским и фармацевтическим работникам в зависимости от квалификационной категории (без квалификационной категории — 5,0 % оклада; вторая квалификационная категория — 15,0 % оклада, первая — 20,0 % оклада, высшая — 30,0% оклада);

- 2) медицинским работникам:

- оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях (врачам участковым, общей практики — 110,0 % оклада, медицинским сестрам участковым, общей практики — 90,0 % оклада);

- оказывающим скорую медицинскую помощь (врачам-специалистам выездных бригад, фельдшерам, выезжающим самостоятельно — 70,0 % оклада, остальным врачам-специалистам — 50,0 % оклада, фельдшерам выездных бригад — 60,0 % оклада, остальным медицинским сестрам — 50,0 % оклада);

- больниц скорой медицинской помощи (врачам-специалистам и медицинским работникам со средним специальным медицинским образованием — 30,0 % оклада);

- врачам-специалистам хирургического профиля, врачам-интернам

(провизорам-интернам) — 25,0 % оклада;

— врачам-экспертам медико-реабилитационных экспертных комиссий — 40,0 % оклада;

— медицинским работникам, осуществляющим дежурства на дому — 50,0 % оклада.

Надбавка за специфику работы в сфере здравоохранения устанавливается врачам-специалистам, должности которых относятся к хирургическому профилю специальности.

Компенсирующие доплаты устанавливаются в процентах от базовой ставки (180,0 руб.):

— *доплата за реализацию организационно-распорядительной функции:*

• врачам – руководителям структурных подразделений (от 20,0 до 35,0 % базовой ставки в зависимости от количества врачебных должностей);

• председателям врачебно-консультационных комиссий, руководителям смен по приему и передаче вызовов скорой медпомощи (15,0 % базовой ставки), руководителям подстанций скорой медицинской помощи, отделов (отделений) профилактической дезинфекции (15,0 % базовой ставки);

• руководителям базы интернатуры и врачей-интернов (от 75,0 до 130,0 % базовой ставки за руководство базой, от 45,0 до 130,0 % базовой ставки за руководство врачами-интернами);

• заведующим ФАПами, здравпунктами, профдезотделами (45,0 % базовой ставки);

• средним медицинским работникам (старшим) (15,0 % базовой ставки);

• зубным техникам за заведование зуботехническими лабораториями (от 20,0 до 30,0 % базовой ставки в зависимости от количества подчиненных);

— *доплата за выполнение функции главного специалиста:*

• республики — 50,0 % базовой ставки или 90,0 руб.; области (г. Минска) — 30,0 % базовой ставки или 54,0 руб.;

• в действующих условиях: главного специалиста республики — 70,0 % тарифной ставки первого разряда или 28,7 руб.; области (г. Минска) — 50,0 % тарифной ставки первого разряда или 20,5 руб.;

— *доплата за выполнение функции главного специалиста устанавливается медицинским и фармацевтическим работникам [18].*

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13 июня 2019 года № 53 «О стимулирующих и компенсирующих выплатах работникам бюджетных организаций» определены перечни стимулирующих и компенсирующих выплат работникам бюджетных организаций, подчиненных и (или) входящих в систему Министерства здравоохранения, а также работникам бюджетных организаций, подчиненных

местным исполнительным и распорядительным органам, относящихся к области деятельности Министерства здравоохранения [18].

Стимулирующие надбавки устанавливаются в процентах от оклада работника:

1) надбавка молодым специалистам — от 20,0 до 50,0 % оклада;

2) надбавка за особенности профессиональной деятельности устанавливается:

— специалистам, работающим на пультах управления жизнеобеспечения операционных блоков — до 40,0 % оклада; инженерам, ведущим инженерам, работающим с особо сложной медицинской аппаратурой — до 35,0 % оклада; медицинским физикам, химикам, биологам — до 80,0 % оклада;

— водителям автомобилей скорой медпомощи — до 20,0 % оклада; провизорам — до 50,0 % оклада; фармацевтам — до 40,0 % оклада; мед- и фарм-работникам домов ребенка — до 20,0 % оклада; психологам, биологам, химикам, физиологам, инструкторам-методистам физической реабилитации, инструкторам-методистам по эрготерапии — до 50,0 % оклада; профессорско-преподавательскому составу — до 200,0 % оклада;

3) надбавка за сложность и напряженность работы устанавливается для всех специалистов и рабочих в размере до 200,0 % оклада (недостающая разница при сравнительном расчете оплаты труда в действующих условиях и с 1 января 2020 года для конкретного работника компенсируется возможностью установления ему данной надбавки);

4) надбавка за обеспечение показателей деятельности устанавливается руководителям в размере до 100,0 % оклада;

5) надбавка за высокие достижения в труде — без уточнения размера.

Компенсирующие доплаты в соответствии с данным постановлением устанавливаются от базовой ставки (180,0 руб.):

— доплата за работу в сельской местности — устанавливается руководителям и специалистам, место постоянной работы которых расположено в сельской местности (20,0 % базовой ставки);

— доплата за особый характер труда (от 5,0 до 65,0 % базовой ставки).

Стимулирующие и компенсирующие выплаты устанавливаются как по основной должности, так и по должности, занимаемой работником на условиях совместительства, а также при работе сверх установленной продолжительности рабочего времени.

Одному работнику стимулирующие и компенсирующие выплаты могут устанавливаться по двум и более основаниям.

Размеры надбавок и доплат по должностям (профессиям) по позициям, где размеры определены с приставкой «до», регулируются Положением об оплате труда.

Перечень работников с размерами надбавок и доплат определяется руководителем организации на основании положения об оплате труда и решения комиссии по вопросам оплаты труда.

В соответствии со статьей 62 Трудового кодекса Республики Беларусь определяется перечень рабочих мест (должностей, профессий), по которым устанавливается доплата за работу во вредных и (или) опасных условиях труда по результатам аттестации рабочих мест.

Размер доплаты для работников бюджетных организаций в процентах от базовой ставки за каждый час работы во вредных условиях труда определен постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30 апреля 2019 года № 269 «Об изменении постановлений Совета Министров Республики Беларусь» [18].

ЛИТЕРАТУРА

1. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.] ; под ред. Н. Н. Пилипцевича. — Минск: Новое издание, 2015. — 784 с.

2. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 296 с. — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437018.html>. — Дата доступа: 01.03.2020.

3. Шаршакова, Т. М. Организация медицинской помощи населению в стационарных условиях: учеб.-метод. пособие / Т. М. Шаршакова, М. Г. Русаленко, А. В. Сачковская. — Гомель: ГомГМУ, 2018. — 68 с.

4. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / А. В. Решетников. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 192 с. — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>. — Дата доступа: 03.03.2020.

5. О здравоохранении [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь 18 июня 1993 г. № 2435–XII: в ред. Закона Респ. Беларусь от 21.10.2016 № 433-З: с изм. и доп. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. — Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. — Дата доступа: 01.03.2020.

6. О государственных минимальных социальных стандартах [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь 11 ноября 1999 г. № 322-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 24.12.2015 № 331-З: с изм. и доп. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь — Режим доступа <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=N19900322>. — Дата доступа: 01.03.2020.

7. О республиканском бюджете на 2019 год: Закон Респ. Беларусь от 30.12. 2018 г. № 160-З. Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 01.01.2019, 2/2595 1 Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. — Дата доступа: 01.03.2020.

8. О республиканском бюджете на 2020 год: Закон Респ. Беларусь от 16.12. 2019 г. № 269-З. Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 01.01.2019, 2/2707 1 Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=N11900269>. — Дата доступа: 01.03.2020.

9. О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 мая 2003 г., № 724 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2003. — № 5/12556.

10. О внесении изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. № 724: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 09 ноября 2018 г., № 802 // Национальный реестр правовых актов Респ. Беларусь. — 2018. — № 5/45843.

11. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 18 июля 2002 г., № 963 // Национальный реестр правовых актов Респ. Беларусь. — 2002. — № 5/10825.

12. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы»: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 марта 2016 г., № 200 // Национальный реестр правовых актов Респ. Беларусь. — 2016. — № 5/41840.

13. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Респ. Беларусь за счет средств бюджета на 2019 год: приказ Министра здравоохранения Респ. Беларусь, 19.06.2018 № 624// Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. — Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-nra.php?ELEMENT_ID=328226. — Дата доступа: 01.03.2020.

14. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Респ. Беларусь за счет средств бюджета на 2020 год: приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь, 18.06.2019 № 749.

15. О республиканском бюджете на 2020 год: Закон Респ. Беларусь от 16.12. 2019 г. № 269-З. Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь, 01.01.2019, 2/2707 1 Режим доступа: <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=N11900269>. — Дата доступа: 01.03.2020.

16. О государственных минимальных социальных стандартах [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь от 11 ноября 1999 г. № 322-З: в ред. Закона Респ. Беларусь от 24.12.2015 № 331-З: с изм. и доп. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. — Режим доступа <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=N19900322>. — Дата доступа: 01.03.2020.

17. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 18 июля 2002 г., № 963 // Национальный реестр правовых актов Респ. Беларусь. — 2002. — № 5/10825.

18. Методическое пособие по внедрению новых условий оплаты труда в бюджетных организациях системы Министерства здравоохранения Респ. Беларусь с 1 января 2020 г.: метод. пособие / М-во здравоохранения РБ, Упр. эконом. анализа и развития здравоохранения; Бел. профсоюз работников здравоохранения, Отдел социально-эконом. работы; разраб.: Ткачёва Е. И., Крутова А. Е., Ведерникова Н. С., Купрейчик Н. И., Колтун-Малинина Н. М. — Минск, 2019. — 23 с.

Учебное издание

Коляда Инна Николаевна
Шаршакова Тамара Михайловна
Куриленко Алла Николаевна

**ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
ПЛАНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Редактор *Т. М. Кожемякина*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 20.05.2021.
Формат 60×84^{1/16}. Бумага офсетная 80 г/м². Гарнитура «Гаймс».
Усл. печ. л. 4,88. Уч.-изд. л. 5,34. Тираж 170 экз. Заказ № 227.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.