

**Т.В. ПОЗДЕЕВА, Е.А.КОЧКУРОВА,**

**ОСНОВЫ  
ЭКОНОМИКИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Учебное пособие**

Нижний Новгород  
2015 г.

## Рецензенты:

Поляков Б.А. — заслуженный врач России, доктор медицинских наук, профессор, зав кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГОУ ВПО ИвГМА

Е.А. Кочкурова, Т.В. Поздеева, Н.А. Иорданская.- Экономика здравоохранения: Учебное пособие. — Н. Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2015.-199 с.

Учебное пособие предназначено для формирования у студентов твердых теоретических знаний и практических навыков в области экономики здравоохранения, современного экономического мышления и высокой экономической культуры, потребности постоянно повышать качество лечебно-профилактической работы и эффективности функционирования отраслевых предприятий, а также навыков разработки, принятия и реализации управленческих решений на всех уровнях системы здравоохранения.

© Е.А.Кочкурова,  
Т.В.Поздеева, Н.А. Иорданская, 2015

## Содержание

### ВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ. ОСНОВНЫЕ МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ.....	8
Вопросы для семинара .....	26
Практические задания .....	26
ГЛАВА 2. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭКОНОМИКИ. ОСНОВЫ ТЕОРИИ КАПИТАЛА. ....	31
Вопросы для семинара .....	49
Практические задания .....	49
ГЛАВА 3. РЫНОК И РЫНОЧНАЯ ЭКОНОМИКА. РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	54
Вопросы для семинара .....	72
Практические задания.....	72
ГЛАВА 4. СУЩНОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ФОРМЫ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ .....	77
Вопросы для семинара .....	105
Практические задания.....	105
ГЛАВА 5. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	112
Вопросы для семинара .....	136

Практические задания .....	137
ГЛАВА 6. ФИНАНСОВАЯ СИСТЕМА И ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ .....	142
Вопросы для семинара .....	166
Практические задания .....	166
ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ.....	170
ТЕСТЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ.....	171
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ .....	194
ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ .....	195
ЛИТЕРАТУРА.....	197

## ВВЕДЕНИЕ

Здравоохранение занимает исключительное место в социально ориентированной экономике, именно здесь производятся общественно потребляемые блага - медицинские услуги. В последнее время здравоохранение все более полно вовлекается в экономический оборот общества, чему способствует активное функционирование медицинских учреждений на рыночных основах. Наблюдается все большая зависимость здравоохранения от общего экономического роста в стране: платежеспособность населения влияет на объемы платных услуг отрасли, а стабилизация в государственном секторе содействует развитию целевых программ, финансируемых государством.

Реформирование здравоохранения в России, введение системы обязательного и добровольного медицинского страхования неизбежно связано с развитием рыночных отношений в здравоохранении. Формирование рынка платных медицинских услуг, появление большого числа негосударственных организаций делают теоретические и практические исследования вопросов предпринимательской деятельности в здравоохранении весьма актуальными.

Для системы лечебно-профилактических учреждений в рыночных условиях медицинского страхования особенно остро стоят вопросы окупаемости вложенных средств. Совокупное использование бюджетных и внебюджетных источников финансирования деятельности медицинских учреждений для покрытия расходов рассматривается как одно из условий эффективного развития. Это требует внедрения в практику управления медицинскими учреждениями финансового менеджмента, методик сбалансированного планирования всех программ предоставления медицинской помощи.

В настоящее время, актуализируются вопросы выбора организационно-правовых форм, правового статуса производителей бюджетных и возмездных медицинских услуг.

Актуальность выбора организационно-правового статуса организаций и учреждений для ведения предпринимательской деятельности в здравоохранении обусловлена изменением статуса дополнительных

источников финансирования, особенно обязательного медицинского страхования, введением жесткой системы налогового учета и налогового планирования внебюджетных средств производителей медицинских услуг, а также в связи с сокращением Программы государственных гарантий, финансируемой за счет средств бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов и др.

Дисциплина «Основы экономики здравоохранения» занимается изучением различных организационно правовых форм учреждений здравоохранения, специфики их хозяйствования, определением экономической эффективности различных видов медицинской помощи и путей ее повышения, а также издержек и экономически обоснованных цен на медицинские услуги, с целью обеспечения рентабельности лечебно профилактических учреждений при предоставлении платных медицинских услуг и повышения конкурентоспособности лечебно профилактических учреждений.

Данная дисциплина предназначена для реализации Государственного образовательного стандарта утвержденного Всероссийским учебным научно-методическим Центром по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию МЗ РФ 18.02.2000 г.

Целью преподавания дисциплины является формирование у студентов твердых теоретических знаний и практических навыков в области экономики здравоохранения, современного экономического мышления и высокой экономической культуры, потребности постоянно повышать качество лечебно-профилактической работы и эффективности функционирования отраслевых предприятий, а также навыков разработки, принятия и реализации управленческих решений на всех уровнях системы здравоохранения.

Предмет можно разделить на шесть разделов. В каждом разделе выделяется общая теоретическая часть экономических отношений в целом, и проблемы эффективного использования всех видов ресурсов, а затем рассматриваются специфические особенности экономической деятельности в сфере здравоохранения. Изучение различных аспектов представленных в

разделах позволяет раскрыть комплексное понимание процесса регулирования экономических отношений в отрасли здравоохранения, в общем, и в предпринимательской деятельности лечебно профилактических учреждений в частности.

Принимая во внимание очную форму обучения, данные методические рекомендации позволят студентам более успешно освоить программу предмета.

Наиболее фундаментальные вопросы, необходимые для правильной ориентации во всем курсе дисциплины, рассматриваются на лекциях, которые проводятся по расписанию

Студенту рекомендуется вести конспект лекций и затем использовать его в процессе самостоятельной работы, сопоставляя с материалом учебников и учебных пособий, дополняя конспект ответами на вопросы, не рассмотренные на лекциях. Для облегчения ориентировки студентов в предмете ниже приведены темы и содержания лекций, практических занятий, самостоятельной работы.

В соответствии с учебным планом ряд узловых вопросов выносятся на практические занятия. Подготовку к практическим занятиям следует начать с изучения соответствующего раздела учебника (учебного пособия).

Для успешного освоения учебной дисциплины следует, прежде всего, изучить лекционный курс и рекомендуемую учебную литературу. В процессе подготовки по каждому отдельному вопросу плана практического занятия рекомендуется составить краткий конспект или тезисы ответов, а также выполнить в письменном виде практические задания (ситуационные задачи). При самостоятельной работе следует ориентироваться на основные вопросы тем, изложенные в данном пособии и рекомендованные к самостоятельному решению ситуационные задачи. Для проверки усвоения знаний предлагаются тесты по дисциплине с эталонами ответов.

## ГЛАВА 1. ВВЕДЕНИЕ В КУРС ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ.

### ОСНОВНЫЕ МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

*Экономическая теория: предмет изучения, ее функции. Производство, его основные факторы. Производственные силы и экономические отношения. Понятие воспроизводства. Типы экономических систем. Экономические законы. Потребности общества. Кривая производственных возможностей. Основные макроэкономические показатели. Макроэкономическая нестабильность: безработица, инфляция.*

*Экономическая теория* — это общественная наука, которая изучает объективные экономические законы развития общества, экономические отношения людей, и проблемы эффективного использования всех видов ресурсов.

При изучении предмета экономической теории следует выделять:

1. *сферу исследования* — экономическая жизнь или среда, в которой осуществляется хозяйственная деятельность;
2. *объект исследования* — экономические явления;
3. *субъект исследования* — человек, группа людей, государство;
4. *предмет исследования* — жизнедеятельность "экономического человека", группы людей и государства, их экономическое поведение в связи с той экономической средой, в которой они находятся;

*экономическая категория* – абстрактное выражение экономических отношений.

При этом важно подчеркнуть, что основная задача экономической теории — не просто дать описание экономических явлений, а показать их взаимосвязь и взаимообусловленность, т.е. раскрыть систему экономических явлений, процессов и законов. В этом ее отличие от конкретных экономических дисциплин.

*Предметом исследования современной экономической теории* являются отношения производства, обмена, распределения и потребления материальных благ и услуг.

*Целевое назначение экономической теории* - поиск наиболее эффективных путей использования ограниченных ресурсов труда, средств производства, земли, финансовых средств и предпринимательских способностей. Экономическая теория достигает этой цели посредством осуществления трех функций:

1. познавательной - изучение сущности экономических явлений и процессов, познание законов строения, функционирования и развития экономики;
2. методологической - разработка методов познания и использования экономических законов;
3. практической - применение полученных знаний в практической деятельности людей.

Предмет экономической теории подразделяется на четыре уровня:

1. *микрoэкономика* — экономические отношения домашних хозяйств, предприятий, фирм.
2. *мезoэкономика* — экономические отношения региональных (область, республика, край), отраслевых и межотраслевых хозяйственных комплексов.
3. *макрoэкономика* — экономические отношения в масштабе национального хозяйства.
4. *мегаэкономика* — международные экономические отношения, мировое хозяйство.

Деятельность экономических субъектов всех уровней направлена на решение следующих проблем:

1. Что производить?
2. Для кого производить?
3. В каком количестве производить?
4. Каким образом (с использованием каких ресурсов, технологий, способов организации) производить?
5. Каким образом приспособить экономику к изменяющимся потребностям и условиям производства?

Основу жизни и деятельности человеческого общества образует производство. *Производство* - это сознательная и целенаправленная деятельность людей с целью создания жизненных благ, необходимых для существования и достаточных для развития человека, социальных групп и общества в целом.

Всякое производство характеризуется взаимодействием производительных сил и производственных отношений.

*К производительным силам* относятся рабочая сила, средства производства, технология и организация производства.

*Под рабочей силой* понимается совокупность физических и духовных способностей человека, которые используются в процессе создания благ.

*К средствам производства* относятся предметы труда и средства труда и условия труда .

*Предметы труда* —это то, на что направлен труд человека, что составляет материальную основу будущего продукта (вещество природы, сырье, материалы, комплектующие изделия и т.д.).

*Средствами труда* называются:

- вещи, которые человек использует для воздействия на предмет труда:
- орудия труда (станки, машины, механизмы, двигатели, инструменты);
- управляющие устройства;
- «сосудистые системы производства» (трубы, цистерны, другие емкости)
- всеобщие условия производства (здания, сооружения, дороги, каналы).
- земля (в сельском хозяйстве и добывающей промышленности она непосредственно входит в процесс производства) в качестве главного средства и предмета труда.

Взаимодействие рабочей силы и средств производства реализуется посредством технологии и организации производства.

*Технология производства* выражает способ воздействия человека на предметы труда путем использования механических, физических, химических, биологических и иных свойств труда.

*Организация производства* - способ субординации элементов производственной системы, который обеспечивает единую направленность действий всех сотрудников, слаженность функционирования всех факторов производства.

*Условия труда* — степень комфортности осуществления производственного процесса

Производительные силы общества в единстве с производственными отношениями образуют *способ производства*.

Способ производства, взятый в единстве с идеологической и политической надстройкой, со всеми характерными для него формами деятельности людей, составляет *общественно-экономическую формацию*

Производство - такая стадия движения продукта, в которой заключены начала распределения, обмена и потребления.

В сфере производства *распределяются* ресурсы: труд, земля, капитал, предпринимательские способности. Здесь обмениваются и перераспределяются сырые материалы, полуфабрикаты, иные продукты незавершенного производства.

*Обмен* опосредует связь между производством и распределением, с одной стороны, и потреблением - с другой. Он призван доставлять каждому участнику производства, каждому его звену определенные блага в соответствии с долей, устанавливаемой распределением.

*Потребление* является завершающей стадией движения продукта. Именно здесь реализуется потребительная стоимость благ. Потребление бывает двух видов.

Производственное потребление - сжигание угля в паровом двигателе, расход металла при изготовлении машин, превращение муки и теста в готовый хлеб и т.п. - является составным звеном самого процесса производства.

*Личное потребление*, в процессе которого различные блага (пища, одежда, жилье, предметы культурно-бытового назначения и т.д.)

используются человеком для удовлетворения своих потребностей, представляет собой самостоятельную, финальную стадию движения продукта.

Начав движение с производства, продукт «угасает» в потреблении, обеспечивая при этом воспроизведение самой жизни человека и его способностей. Все стадии движения продукта не существуют изолированно друг от друга, а образуют части единого процесса воспроизводства.

Под *воспроизводством* понимается непрерывно возобновляющийся процесс производства, распределения, обмена и потребления жизненных благ.

Выделяют три типа воспроизводства. Они не взаимоисключают друг друга и могут проявляться одновременно в разных подотраслях, отраслях и сферах народного хозяйства.

1. *Ограниченное (суженное) воспроизводство.* Оно предполагает недопроизводство использованного продукта. Такое положение может наблюдаться при уменьшении потребностей в данном благе, при уменьшении ресурсов, необходимых для создания данного блага, при наличии экстремальных ситуаций, препятствующих его изготовлению.

2. *Простое воспроизводство,* то есть повторение производственной деятельности в неизменных масштабах. Это был преимущественный тип воспроизводства даже для развитых стран примерно до середины XIX века.

3. *Расширенное воспроизводство,* которое предполагает увеличение масштабов производственной деятельности, а следовательно и достижение экономического роста.

Производительные силы и производственные отношения развиваются во взаимной связи друг с другом. Совокупность экономических отношений, которые возникают в процессе функционирования производительных сил и отражают их уровень и характер развития образуют экономическую систему. В мире нет абсолютно одинаковых экономических систем, каждая система имеет общие свойства и специфические особенности.

Человеческое общество в своем развитии использовало и использует различные экономические системы. Они различаются подходом и методами решения основных экономических проблем.

В некоторых странах действуют традиционные, основанные на обычаях, экономические системы. Традиции, передающиеся от поколения к поколению. Традиции определяют какие товары и услуги, как и для кого производить. Перечень благ, технологии производства и распределение базируются на обычаях и определяются наследственностью или кастовой принадлежностью. Технический прогресс проникает в эти системы с большими трудностями, так как он вступает в противоречие с традициями и угрожает стабильности существующего строя. Наличие специфических ресурсов также обуславливает традиционность в решении экономических задач. Например, если Бразилия в прошлом году выращивала в основном кофе, то и в этом году она будет выращивать кофе, и теми же технологическими приемами, и для тех же потребителей-импортеров.

При командной экономической системе все решения по основным экономическим проблемам принимает государство. Все ресурсы здесь составляют собственность государства. Центральное экономическое планирование охватывает все уровни - от домашнего хозяйства до государственного. Распределение ресурсов осуществляется на основе долговременных приоритетов. В силу этого производство благ постоянно отрывается от общественных потребностей. Прогресс общества тормозится.

Преимущества командной экономики проявляются, когда общество находится в экстремальной ситуации либо для достижения какой-либо цели: *например, для победы в справедливой освободительной войне.* Такие модели не гибкие и не восприимчивы к быстрым изменениям окружающего мира.

В рыночной экономике все ответы на основные экономические вопросы: что? как? и для кого? - определяет рынок: цены, прибыли и убытки.

«Как» решается производителем, стремящимся получить большую прибыль. Поскольку установление цен зависит не только от него, то для

достижения своей цели в условиях конкуренции производитель должен произвести и продать как можно больше товаров и по более низкой цене, чем его конкуренты. «Для кого» решается в пользу различных групп потребителей с учетом их доходов.

Экономика подавляющего большинства стран, в том числе и экономика России, имеет смешанный характер; ей присущи следующие черты:

1. сочетание частной и государственной форм собственности на основные средства производства: землю, здания, сооружения, станки, машины, оборудование;
2. сопряженность мотивов частной предпринимательской деятельности с мотивами государственного регулирования;
3. использование разных механизмов регулирования экономики: традиционного, рыночного, административно-хозяйственного
4. активное участие государства в распределении и перераспределении доходов частных предприятий и физических лиц

Современная рыночная система являет собой сочетание форм предпринимательской деятельности и роли государства. Смешанная экономика диктует наиболее эффективное использование ресурсов, способствует разработке и использованию совершенных технологий. Важным неэкономическим аргументом в пользу смешанной экономики выступает ее ставка на личную свободу. Предприниматели и рабочие перемещаются из отрасли в отрасль по собственному решению, а не по правительственным директивам.

В основе экономического развития общества лежат экономические законы. Экономические законы - это объективные законы, отражающие наиболее существенные причинно следственные связи, внутренне присущие экономическим процессам развития общества

Не следует смешивать экономические законы с законами природы:

1. естественные законы — это законы природы, экономические — законы развития общественной жизни, хозяйственной деятельности людей;

2. естественные законы вечны, экономические законы носят исторический характер;

3. открытие и применение естественных законов проходит более или менее гладко, а экономические законы встречают сильное противодействие со стороны отмирающих сил общества.

Экономические законы классифицируются по следующим группам.

*Специфические экономические законы* — это законы развития конкретных, исторически определенных форм хозяйствования, например законы распределения при рабстве, крепостничестве и др.

*Особенные экономические законы* — это законы, свойственные тем историческим эпохам, где сохраняются условия для их действия, например закон стоимости (ценности).

*Общие экономические законы* — законы, свойственные всем без исключения историческим эпохам. Они выражают поступательный процесс развития общественного производства, например закон экономии времени, закон возвышения (возрастания) потребностей закон разделения общественного труда.

Объективной целью всякого производства является потребление. В связи с этим возникает проблема определения состава подлежащих удовлетворению потребностей. Выделяются следующие пары потребностей.

1. *Производственные (технологические) и личные (конечные).* Производственные потребности — потребности в сырье, полуфабрикатах, комплектующих изделиях, зданиях, сооружениях, топливе, энергии, рабочей силе — являются только промежуточными. Их удовлетворение позволяет лишь более или менее успешно решать главную задачу функционирования любой модели экономической системы - удовлетворить запросы личного потребления - потребности в питании, питье, одежде, жилище, и других вещественных благ, а также в огромном количестве разнообразных услуг личного характера.

2. *Физиологические и социальные потребности.*

Физиологических потребностей: к ним относятся потребности в дыхании, пище, питье, тепле. Остальные потребности являются потребностями социального характера.

3. *Первостепенные и непервостепенные потребности.* К первым из них относятся физиологические и наиболее важные социальные потребности.

4. *Материальные и духовные потребности.* Одно и то же благо может удовлетворять одновременно материальную и духовную потребности.

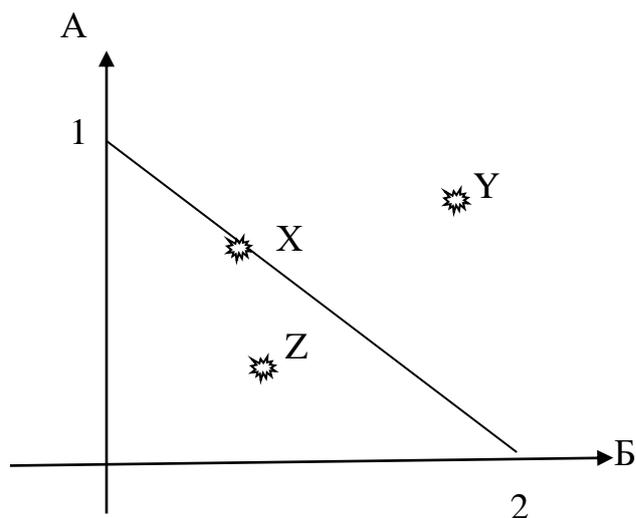
5. *Рациональные и нерациональные потребности.* Рациональные - это разумные потребности, а нерациональные - неразумные. Разум, сознательное мышление каждого человека должно подсказать, сколько на самом деле требуется ему, допустим, тех же материальных и духовных благ.

Для осуществления процесса производства необходимы ресурсы. Традиционно в экономике различают материальные, трудовые и финансовые ресурсы. Характер применения имеющихся ресурсов исследуется при помощи графика производственных возможностей общества.

Построение графика производственных возможностей начинается с констатации того факта, что в любом обществе происходит создание жизненных благ, служащих для удовлетворения как производственных, так и личных потребностей.

Итак, на вертикальной оси графика, представленного на рис.1 отложим показатели, отражающие объемы изготовления средств производства (группа А). На горизонтальной оси будут отложены объемы производства продукции, удовлетворяющей личные потребности. Это будут предметы личного потребления, (продовольствие, одежда, домашняя мебель (группа Б).

Если предположить, что все ресурсы, имеющиеся в обществе, будут направлены только на производство средств производства, то будут достигнуты объемы изготовления продукции, обозначенные на вертикальной оси цифрой «1».



**Рис. 1. График производственных возможностей**

Но если, хотя бы какая-то, часть ресурсов будет выделена не только на производство продукции группы «А», но и продукции группы «Б», то мы уже не сможем достигнуть объема «1», оказавшись в точке, более или менее близкой к этой позиции.

Увеличивая количество ресурсов, направляемых на производство предметов личного потребления, мы будем получать новые точки, постепенно приближаясь к горизонтальной оси, пока, наконец, не будет достигнута лежащая на ней точка «2». Эта точка будет показывать те максимальные объемы производства предметов личного потребления, которые были бы достигнуты при использовании всех имеющихся в обществе ресурсов только на изготовление продукции группы «Б». Соединив все возможные точки между обеими крайними позициями «1» и «2», мы получим график или кривую производственных возможностей общества.

Однако на практике точки «1» и «2» никогда не достигаются. Невозможно представить себе существование такого общества, где бы создавались только средства производства или только предметы личного потребления.

Любая точка, взятая на линии графика производственных возможностей, например, точка «Х», отражает вариант полного, стопроцентного использования всех имеющихся ресурсов. В данном случае будет произведено «Ах» средств производства и «Бх» предметов личного потребления.

Далее, мы можем взять какую-либо точку вне линии графика, например, точку «У». Любая точка вне графика будет показывать один из вариантов, для выполнения которых у общества пока нет ресурсов.

Произведя «Ау» средств производства, мы хотели бы произвести «Бу» предметов личного потребления. Но ограниченность ресурсов заставит нас перейти на горизонтальной оси в ту точку, которая лимитирована линией графика производственных возможностей. Как быть в этом случае? Например, можно найти дополнительные ресурсы: допустим, отыскать новые месторождения полезных ископаемых или сэкономить удельный расход ресурсов на единицу выпускаемой продукции, перейдя к ресурсосберегающим технологиям или произвести какой-то продукт в избытке и обменять его на недостающий ресурс у внешнеэкономического партнера, наконец, пересмотреть намеченные параметры производства в сторону их уменьшения.

Любая точка внутри графика, например, точка «Z», отражает один из вариантов неполного использования имеющихся ресурсов. Действительно, произведя «Az» средств производства, мы почему-то изготовили лишь «Bz» предметов личного потребления, в то время как у нас еще есть возможность сдвинуться в сторону увеличения объема их выпуска до лимитирующей линии графика. Это может произойти когда у общества больше нет потребностей в продукции данного вида или простаивают фабрики и заводы, сохраняется безработица, а прилавки магазинов заполняются импортной товарной массой, вымывающей отечественные товары. К сожалению, приходится признать, что экономика современной Российской Федерации в настоящее время находится именно в этой третьей позиции.

В любом случае анализ графика производственных возможностей общества позволяет достигнуть лучшего осмысления важнейшей экономической проблемы: как при помощи ограниченных и даже уменьшающихся ресурсов обеспечить оптимальные условия для удовлетворения постоянно расширяющихся потребностей.

Уровень и особенности развития народного хозяйства изучаются при помощи системы макроэкономических показателей. Эта система состоит из ряда элементов.

*Валовой национальный продукт* (ВНП) представляет собой все материальные блага, созданные в обществе за определенный период времени, как правило, за год. Или суммарная рыночная стоимость всех конечных товаров и услуг, произведенных в экономике за год гражданами данной страны.

*По натурально-вещественной форме* ВНП состоит из средств производства и предметов личного потребления. В связи с этим и вся сфера материального производства делится на два подразделения:

I - производство средств производства

II - производство предметов потребления,

*По стоимостной форме в ВНП* учитывают все затраты труда, связанные с созданием материальных благ: живого труда (непосредственные затраты) и прошлого труда (затраты, овеществленные в средствах производства).

ВНП, созданный за все годы, а также имеющиеся природные ресурсы, составляют национальное богатство каждого государства.

Базовые макроэкономические показатели дают очень важную, но не исчерпывающую информацию об экономике страны и обществе в целом. В частности, в ВНП не попадают различные виды экономической деятельности:

— работа домохозяек в домашнем хозяйстве;

— работа «на себя» (самостоятельный ремонт квартиры, машины и т.д.)

- деятельность представителей творческих профессий, не получившая воплощения в конечной материальной продукции;
- бартерный обмен;
- доходы от теневой деятельности, как криминального, так и не криминального характера (чаевые, рэкет и т.д.).

*Валовой национальный продукт ВВП*

— амортизация

= *Чистый национальный продукт ЧНП*

— косвенные налоги на предпринимателей

= *Национальный доход НД*

— взносы на социальное страхование

— налоги на прибыль корпораций

— нераспределенные прибыли корпораций + трансфертные платежи

= *Личный доход*

— налоги на личный доход

= *Располагаемый доход*

Кроме того, показатели ВВП недостаточны для общей оценки качества жизни и уровня благосостояния в данной стране. ВВП, к примеру, не позволяет измерить качество конечной продукции, состав и распределение конечной продукции; состояние окружающей среды, качество городской среды, наличие свободного времени, объем теневой экономики и т.п. Для учета подобного рода факторов используются различные показатели: *чистого экономического благосостояния, качества жизни* и т.п.

*Чистое экономическое благосостояние* = ВВП - отрицательные факторы, воздействующие на благосостояние + денежная оценка нерыночной деятельности + денежная оценка свободного времени

В начале 90-х годов все чаще стали использовать новый показатель *индекс человеческого развития*. Его измеряют с помощью системы ведущих показателей, включающих:

1. ожидаемую продолжительность жизни в годах;
2. уровень доступности образования, измеряемый грамотностью населения и средним количеством лет обучения;
3. уровень жизни населения - реальный душевой валовой продукт, ВВП на душу населения.

Все эти показатели являются интегральными, отражая различные стороны человеческой жизни. Так, на продолжительность жизни человека влияет качество питания, состояние здоровья и уровня медицинского обслуживания, состояние окружающей среды и т.п. По каждому показателю разработаны соответствующие нормативы.

Инфляция и безработица - серьезнейшие и тяжелейшие по своим социально-экономическим последствиям явления в рыночной экономике.

Под инфляцией обычно понимают обесценивание денег, снижение их покупательной способности. Не всякий рост цен на отдельные товары надо ассоциировать с инфляцией, речь идет о повышении именно общего уровня цен. С другой стороны, инфляция может проявляться не только в росте цен (*открытая инфляция*), но и в росте дефицита и снижении качества (*подавленная инфляция*), хотя для рыночной экономики последнее не типично.

*Причины инфляции* объясняют по-разному. Их делят на денежные и неденежные, внешние и внутренние. В самом общем плане инфляция - повышение цен в связи с длительным неравновесием на большинстве рынков в пользу спроса, это результат дисбаланса между совокупным спросом и совокупным предложением. Различают инфляцию спроса и инфляцию издержек.

*Инфляция спроса* возникает тогда, когда ресурсы общества используются полностью и нет резервных мощностей и резервной рабочей

силы. Совокупное предложение не может отреагировать на рост совокупного спроса.

*Инфляция издержек:* цены растут из-за увеличения издержек производства (на зарплату, на энергоносители, на продукцию и услуги естественных монополий и т.п.). С инфляцией издержек связана т.н. «инфляционная спираль» или гонка цены - зарплата.

На практике отличить один тип инфляции от другого не так просто, но принято считать, что в России инфляцию спроса преодолеть удалось, а инфляция издержек пока остается достаточно серьезной проблемой. Инфляция количественно измеряется следующими показателями:

Индекс цен (%) =  $\frac{\text{Цена рыночной корзины в данном периоде}}{\text{Цена рыночной корзины в базовый период}}$

Темп инфляции в 2011 г. =  $\frac{\text{Индекс цен 2011 г.} - \text{индекс цен 2010 г.} \times 100\%}{\text{Индекс цен 2010 г.}}$

По темпам инфляцию делят на *умеренную* (ползучую) - до 10% в год, *галопирующую* и *гиперинфляцию*, при которой темпы инфляции столь велики, что можно говорить о неуправляемости разрушительных процессов, крахе и параличе всего рыночного механизма. Четкого критерия перехода галопирующей инфляции в гиперинфляцию нет, но часто полагают, что это рост цен свыше 200% в год, Но дальнейший рост инфляции и ее перерастание в галопирующую форму (не говоря уже о гиперинфляции) приводит к крайне негативным последствиям.

Снижаются мотивы трудовой и предпринимательской деятельности. Снижаются возможности накопления: сбережения ищут ликвидную форму (недвижимость, золото и т.п.), происходит «бегство от денег», растет потребление, может возродиться бартер. Инвестиции в производство не идут. Обесцениваются различные денежные фонды предприятий (например,

амортизационный фонд). Обесцениваются и реальные доходы государства, в частности, поступления от налогообложения. Сужается временной горизонт: невозможно планировать предпринимательскую деятельность на перспективу. Несопоставимость доходов и расходов (они разведены во времени) крайне затрудняет осуществление расчетов, необходимых для бизнеса. Очень трудно получить кредит, разве что под очень высокий процент и для высокорискованных операций.

Сбережения населения обесцениваются (именно это произошло в России в 90-х годах), снижаются реальные доходы, особенно у людей с фиксированными доходами, усиливается имущественное неравенство, обостряется социальная и политическая напряженность. Длительная гиперинфляция прямо толкает страну в сторону тоталитаризма и диктатуры.

*Антиинфляционная политика* может вестись по двум направлениям:  
— можно адаптироваться к инфляции (например, индексировать доходы);  
— можно бороться с инфляцией активно, стремясь резко снизить ее.

В развитых странах, как правило, удается удерживать инфляцию в довольно узких пределах. Для антиинфляционного регулирования используют два типа экономической политики:

1. Сокращение бюджетного дефицита, ограничение денежной и кредитной эмиссии, регулирование темпа прироста денежной массы в определенных пределах (в соответствии с темпом роста ВВП).
2. Регулирование цен и доходов, увязывающее рост заработной платы с ростом цен. Этой цели служит и индексация доходов, и установление пределов повышения или замораживания заработной платы.

Методы борьбы с инфляцией обычно носят комплексный характер и постоянно корректируются.

Все методы антиинфляционной политики осложняются тем, что существует теснейшая связь между инфляцией и безработицей. Безработица является серьезнейшей проблемой, привлекающей пристальное внимание не только экономистов, но и социологов психологов, политологов, политиков.

Безработные - это часть экономически активного населения, люди не работающие, но желающие работать и активно занимающиеся поиском работы.

*Уровень безработицы* - это процентное соотношение количества безработных и всего экономически активного населения (рабочей силы).

$$N = LF + NLF; \quad LF = E + U; \quad Y = U : LF = U : (E + U)$$

где: N - все население страны;

LF - экономически активное население (рабочая сила);

NLF - экономически неактивное население;

Y -уровень безработицы;

U - безработные;

E – занятые.

Существуют различные способы классификации безработицы. При классификации безработицы ее нередко делят на *добровольную* (безработицу ожидания) и *вынужденную*. Так, если работник соответствующей квалификации может и хочет работать при существующем на рынке уровне заработной платы, но работу ему найти не удается, то это безработица скорее вынужденная. Ряд экономистов, полагают, что любая безработица добровольна, поскольку даже в условиях глубокого экономического спада на рынке труда можно найти какую-то работу, пусть даже, очень непривлекательную. Так ли это? Вопрос достаточно спорный, поскольку в период глубокой депрессии многие люди не могут найти вообще никакую оплачиваемую работу.

При изучении рынка труда экономисты выделяют три основных вида безработицы: фрикционную, структурную и циклическую. Кроме них иногда рассматривают и другие, например, сезонную, скрытую, безработицу избыточного предложения. Каждый вид безработицы порождается своими причинами.

*Фрикционная безработица* возникает в результате непрерывного перемещения людей с одних мест работы на другие. Подобные перемещения могут вызываться самыми разными обстоятельствами: переездом в другой регион, замужеством или женитьбой, повышением квалификации, окончанием школы или института и т.п. В процессе перемещения человек какое-то время находится без работы. Из-за несовершенства информации работники и работодатели, имеющие вакансии, не сразу находят друг друга. Очевидно, что фрикционная безработица носит добровольный характер, она одновременно и неизбежна, и необходима для нормального функционирования экономики.

*Структурная безработица* появляется из-за несоответствия между требованиями (квалификационными, профессиональными), предъявляемыми рынком труда к работникам, и возможностями самих работников. Эта безработица является неизбежным следствием научно-технического прогресса, приводящего к появлению новых видов производств и профессий и отмиранию старых. Рынок труда не сразу откликается на эти изменения, в результате одновременно существуют множество вакансий в одних отраслях и сферах деятельности - и множество безработных в других (знания и опыт людей просто перестают быть востребованными). Структурные несоответствия могут также носить территориальный характер. Отсутствие структурной безработицы свидетельствовало бы о застое и деградации национальной экономики.

Взятые вместе, фрикционная и структурная безработицы составляют *равновесную безработицу* или *естественный уровень безработицы*, т.е. тот ее уровень, при котором существует *полная занятость*. Объем ВВП, который может быть произведен в условиях полной занятости, называют *производственным потенциалом экономики*. Равновесная безработица является добровольной.

*Циклическая безработица*, напротив, является вынужденной. Она носит макроэкономический характер, возникает из-за низкого агре-

гированного спроса на рынке товаров (поэтому ее называют *спросо-дефицитной*) и усиливается во время экономического спада. Если высокий естественный уровень безработицы вполне может соответствовать равновесному состоянию рынка труда, то циклическую безработицу называют неравновесной: занятость падает в результате неравновесия между совокупным спросом и предложением.

### **Вопросы для семинара**

1. Какие макроэкономические показатели Вы знаете; как они связаны между собой?
3. Какой из фундаментальных вопросов экономики является, на Ваш взгляд, наиболее важным и почему?
4. Какие варианты определения предмета экономической теории встретились Вам в изученной учебной литературе; какому из них Вы отдали бы предпочтение?
5. В какой взаимосвязи находятся между собой экономическая система и система экономических отношений?
6. Укажите общие и отличительные черты традиционных, плановых, рыночных и смешанных моделей экономической системы.
7. В чем состоит сущность определения ВВП по потокам доходов и расходов?
8. Каков историко-экономический процесс возникновения денежной формы обмена?

### **Практические задания**

**Задание 1.** Соотнесите термины и их содержание

- а) экономическая теория
- б) экономическая система
- в) макроэкономика
- г) микроэкономика
- д) рыночная экономическая система

е) плановая- экономическая система

ж) производство

з) рабочая сила

и) предметы труда

к) воспроизводство

л) валовой национальный продукт

м) валовой внутренний продукт

н) инфляция

о) уровень безработицы

1. Непрерывно повторяющийся процесс производства, распределения, обмена и потребления

2. Снижение покупательной способности денег

3. Модель, основанная общественной (общенародной) собственности на средства производства.

4. Модель, основанная на частной собственности на средства производства

5. То, на что направлен труд человека, что составляет материальную основу будущего продукта

6. Область экономической теории изучающей экономические отношения в масштабе национального хозяйства.

7. Сознательная и целенаправленная деятельность людей с целью создания жизненных благ, необходимых для существования и достаточных для развития человека, социальных групп и общества в целом.

8 Область экономической теории изучающей экономические отношения домашних хозяйств, предприятий, фирм.

9. Процентное соотношение количества безработных и всего экономически активного населения

10. Наука, изучающая объективные экономические законы развития общества, экономические отношения людей, и проблемы эффективного использования всех видов ресурсов.

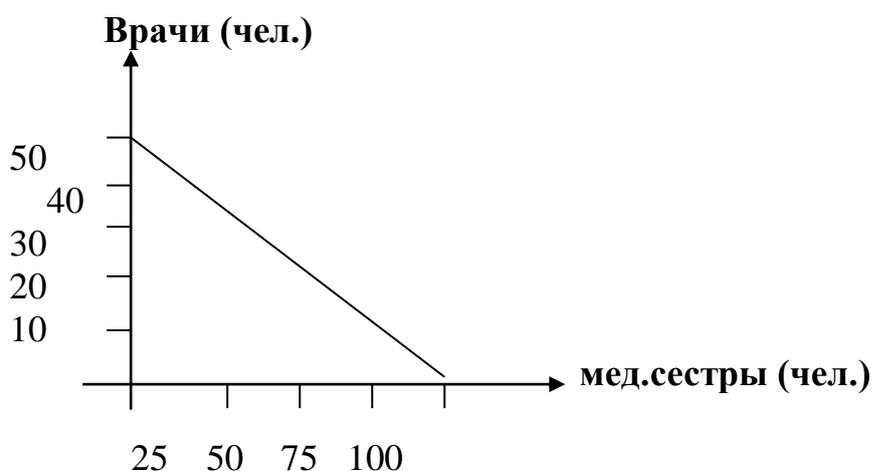
11. Совокупность физических и духовных способностей человека, которые используются в процессе создания благ.

12. Совокупность экономических отношений, которые возникают в процессе функционирования производительных сил и отражают их уровень и характер развития образуют.

13. Добавленные стоимости всех производителей товаров и услуг на территории данной страны независимо от национальной принадлежности этих производителей.

14. Суммарная рыночная стоимость всех конечных товаров и услуг, произведенных в экономике за год гражданами данной страны

**Задание 2.** Лечебно профилактическое предприятие располагает следующими финансовыми ресурсами для оплаты труда медицинскому персоналу, рис.2.



**Рис.2. Кривая производственных возможностей распределения финансовых ресурсов в ЛПУ**

Дайте ответы на вопросы:

1. Что означают точки на прямой производственных возможностей
2. Предположим, что фонд заработной платы в ЛПУ увеличился на 10% . Как измениться график возможности оплаты труда мед. работникам.
3. Предположим, что фонд заработной платы в ЛПУ сократился на 5%. Как измениться график возможности оплаты труда мед. работникам.

**Задание 3.** Даны следующие значения альтернативных возможностей производства вакцины ( табл. 1):

Таблица 1

Возможности	Вакцина 1. (усл. ед.)	Вакцина 2 (усл. ед.)
A	20	0
B	14	1
C	9	2
D	5	3
E	2	4
F	0	5

Постройте график производственных возможностей предприятия.

Дайте ответы на вопросы:

1. Что показывают точки на кривой?
2. выберите точку 1 внутри кривой производственных возможностей. Проанализируйте данное состояние производства вакцины на предприятии. Какие меры вы можете предложить для исправления ситуации?
3. выберите точку 2 вне кривой производственных возможностей предприятия. Проанализируйте желания производителя. Какие меры вы можете предложить для исправления ситуации?

**Задание 4.** Выберите правильные варианты ответов

1. ВОСПРОИЗВОДСТВО В ПОСТОЯННО ПОВТОРЯЮЩЕМСЯ ОБЪЕМЕ И МАСШТАБЕ НАЗЫВАЕТСЯ
  - 1) расширенное воспроизводство
  - 2) простое воспроизводство
  - 3) стабильное воспроизводство
  - 4) суженное воспроизводство
2. СПОСОБ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЧЕЛОВЕКА НА ПРЕДМЕТЫ ТРУДА ПУТЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕХАНИЧЕСКИХ, ФИЗИЧЕСКИХ, ХИМИЧЕСКИХ, БИОЛОГИЧЕСКИХ И ИНЫХ СВОЙСТВ ТРУДА ОПРЕДЕЛЯЕТ
  - 1) условия труда

- 2) технологию производства
- 3) организацию производства

### 3. ИНФЛЯЦИЯ СПРОСА ВОЗНИКАЕТ В СЛУЧАЕ КОГДА

- 1) ресурсы общества используются не полностью и есть резервные мощности и резервная рабочая сила
- 2) ресурсы общества используются полностью и нет резервных мощностей и резервной рабочей силы
- 3) ресурсы общества используются полностью и нет резервных мощностей и резервной рабочей силы

### 4. ДОБРОВОЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР НОСИТ

- 1) фрикционная безработица
- 2) структурная безработица
- 3) циклическая безработица
- 4) мгновенная безработица

### 5. В СИСТЕМУ ВЕДУЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНДЕКСА ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) продолжительность жизни в годах
- 2) уровень безработицы
- 3) уровень инфляции
- 4) уровень жизни населения
- 5) уровень доступности образования

## ГЛАВА 2. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭКОНОМИКИ. ОСНОВЫ ТЕОРИИ КАПИТАЛА

*Типы и факторы экономического роста. Роль государства в рыночной экономике. Методы и формы государственного регулирования. Конкуренция и ее формы. Сущность и функции денег. Основы теории капитала. Формы капитала и способы его роста. Кругооборот и оборот капитала. Основной и оборотный капитал. Амортизация. Товар и товарное производство.*

Под *экономическим ростом* принято понимать увеличение объемов созданных за определенный период товаров и услуг. Экономический рост измеряют относительно предшествующего периода в процентах или в абсолютных величинах. Он измеряется двумя способами: увеличением реального ВВП и ростом объема его на душу населения за определенный период времени.

С точки зрения американского экономиста П. Хейне экономический рост состоит не в увеличении производства вещей, а в увеличении *богатства*, богатство же - это все то, что люди ценят, т.е. сюда следует отнести, например, *природные способности человека, профессиональные знания, природные ресурсы, свободное время* и т.д. Но в статистических расчетах и международных сопоставлениях такой подход нереален. Под богатством можно понимать также все то, что расширяет возможности выбора человека.

Общественное богатство может выражаться в натуральной и денежной форме. Конечной целью экономического роста чаще всего объявляется потребление, рост благосостояния.

Мировая экономическая история знает два основных типа экономического роста: экстенсивный и интенсивный.

При *экстенсивном росте* увеличение национального продукта осуществляется за счет привлечения дополнительных факторов производства. *Интенсивный рост* осуществляется за счет применения более совершенных ресурсов, технологии, за счет НТП — т.е. за счет повышения эффективности экономической деятельности.

Существуют разные классификации *факторов (ресурсов) экономического роста*. Так, в учебниках «Экономики» П.Самуэльсона, К.Макконнелла и С.Брю и других авторов, факторы разделяются на три группы: факторы *предложения*, факторы *спроса* и факторы *распределения* (эффективное использование ресурсов). При этом на первый план ими выдвигается роль факторов предложения.

Факторы экономического роста:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Количество и качество природных ресурсов.</li> <li>2. Количество и качество трудовых ресурсов.</li> <li>3. Объем основного капитала.</li> <li>4. Технология.</li> </ol> | } | способность<br>экономики к<br>росту (факторы<br>предложения) |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Вовлеченность ресурсов в экономический оборот.</li> <li>6. Эффективное их использование.</li> </ol>   | } | Реализация<br>способности к<br>росту (факторы<br>спроса)     |

Существуют и другие подходы к характеристике факторов экономического роста. Например, если в качестве основных факторов (ресурсов) экономического роста берутся труд, земля, капитал, то в свою очередь каждый из них содержит в себе как бы факторы «второго порядка» (здания, сооружения, оборудование, сырье, топливо, НТП - все это можно отнести к капиталу). Каждый из ресурсов по-разному влияет на экономический рост, при этом ресурсы влияют и друг на друга. Достаточно в этой связи вспомнить кривую производственных возможностей. Многие ресурсы воздействуют на экономический рост косвенно. Так, спрос на продукцию и услуги во многом зависит от величины и динамики заработной платы, на которую в свою очередь влияют многие экономические и социальные процессы.

Государство должно содействовать формированию и функционированию экономических институтов: правил поведения, по которым хозяйствующие субъекты взаимодействуют друг с другом и осуществляют экономическую деятельность.

1. Главная цель государства - в обеспечении порядка в стране, соблюдении законов. Необходима законодательная деятельность:
- защита собственности субъектов экономических отношений;
  - обеспечение исполнения *контрактов* между ними.
  - защита конкурентных рынков,
  - антимонопольная политика государства.

Опыт стран с либерально-демократическими режимами показывает, что именно государство сыграло решающую роль в обуздании стихийных рыночных сил, корректировке их негативных последствий.

2. Производство общественных благ, которые сама по себе рыночная экономика подчас обеспечить не может. К общественным благам относятся армия и правоохранительные органы, инфраструктура и многое другое, необходимое обществу, причем предельные издержки на производство общественных благ не зависят от количества потребителей. Содержание общественных благ осуществляется за счет бюджетных средств.

3. Компенсация внешних издержек :
- системой административных мер (штрафов, уголовных санкций и т.п.);
  - налоговым стимулированием;
  - продажей прав на причинение внешних издержек.

4. Стабилизация макроэкономических колебаний, достижение макроэкономического равновесия.

5. Проведение сбалансированной социальной политики, политики доходов.

*Социальная политика* одно из основных направлений государственного регулирования экономических и социальных процессов.

России нужна социальная политика, которая бы:

- обеспечивала и укрепляла национальную безопасность;
- обеспечивала законные социальные права и интересы граждан в соответствии с Конституцией РФ

— способствовала росту благосостояния народа, повышала качество жизни населения.

В нашей стране, где традиционно высока роль государства в экономике и других сферах жизни, соответствует модель социальной рыночной экономики, органично сочетающей единство государства и рынка.

Общие отличительные признаки социальной рыночной экономики таковы:

1. Свободное развитие личности. Индивидуальная свобода позволяет человеку распоряжаться собственными ресурсами, принимать решения - без этого не может развиваться экономика. Свободное развитие личности требует определенных условий: материальных, социальных, политических, интеллектуальных и др.

2. Развитие частной собственности, а также других форм собственности. Многообразие форм собственности, конкуренция, частная собственность обеспечивает право человека владеть, пользоваться, распоряжаться, извлекать доходы, а конкуренция предполагает использование ресурсов с наибольшей отдачей.

3. Инновационный характер развития экономики. Стимулирование инвестиций и научно-технического прогресса. Внедрение ресурсо- и энергосберегающих экономически чистых технологий.

4. Органичное сочетание экономического прогресса с социальным в целях достижения высокого качества жизни населения, обеспечения социальной защиты, широкого доступа граждан к услугам здравоохранения, образованию, культуре. Обеспечение социальной справедливости. Граждане имеют право на получение помощи государства, предотвращение чрезмерного неравенства в доходах и других показателях уровня жизни.

5. Активная экономическая и социальная политика государства (антициклическая, политика роста, структурная, антимонополитическая, занятости, доходов, социального партнерства).

6. Средний класс составляет основную часть населения.

К методам государственного вмешательства относятся:

*1. Прямое вмешательство:*

- с помощью государственной собственности;
- законодательным ограничением отдельных видов деятельности (например, введение государственной монополии).

*2. Косвенное вмешательство:*

- методами фискальной политики: путем использования налогов, причем с целью не только фискальной, но и стимулирующей.
- денежно-кредитным регулированием, т.е. регулированием денежной массы в обращении и воздействием на кредитную сферу.

В условиях рыночных отношений поддержка государства особенно актуальна:

- в обеспечении равного доступа субъектов малого и среднего предпринимательства к необходимой им инфраструктуре;
- в защите потребителей от недобросовестных производителей или продавцов товаров и услуг;
- в защите конкуренции от попыток монополизации.

Конкуренция (от латинского «конкурро» — сталкиваться) — это соперничество между участниками рыночной экономики за наиболее выгодные условия производства, купли и продажи товаров. Конкурентная борьба за экономическое процветание и выживание есть экономический закон рыночного хозяйства.

Конкуренция сильно зависит от количества производителей-продавцов и покупателей. Она разворачивается среди продавцов, которые хотят продать свой товар подороже. В этой борьбе побеждают те из них, кто сбывает товар подешевле, чтобы стимулировать покупательский спрос, но продает больше.

Активно развивается конкуренция среди покупателей, которые стремятся приобрести товар по меньшей цене. В соперничестве между ними побеждают те, кто предложил более высокую цену по сравнению с рыночной ценой.

Наконец, главной линией развертывания конкуренции является соперничество продавцов и покупателей, которые стоят на противоположных позициях в отношении уровня цены на товары. В результате этого соперничества устанавливается общая цена на однородные товары и конкретный вид кривой спроса и предложения.

Чем сильнее конкуренция среди продавцов, тем в большей мере предложение товаров превышает спрос покупателей. Когда конкуренция среди продавцов ослабевает, спрос начинает превышать предложение товаров. Конкуренция продавцов, среди покупателей и между теми и другими выступает как сила, вызывающая движение цены к уровню равновесия.

Сущность конкуренции проявляется в ее функциях:

- обеспечение нацеленности производителя на запросы потребителя, без чего нельзя получить прибыль;
- стимулирование роста эффективности производства, обещающее «выживание» производителей;
- дифференциация товаропроизводителей (одни выигрывают, другие остаются при своем, третьи — разоряются);
- давление на производство, распределение ресурсов между отраслями народного хозяйства в соответствии со спросом и нормой прибыли;
- ликвидация неконкурентоспособных предприятий (их продажа с молотка, слияние, преобразование и т. д.);
- стимулирование снижения цен и повышение качества товаров.

Различают конкуренцию :

- 1) функциональную (это конкуренция определенного товара);
- 2) видовую (по цене и качеству);
- 3) межфирменную (среди отдельных предприятий, фирм);
- 4) внутриотраслевую и межотраслевую.

Чистая конкуренция характеризуется наличием многочисленных продавцов и покупателей, занимающихся продажей-покупкой гомогенного

продукта. В этих условиях на рынке отсутствует продуктовая дифференциация, и многочисленные продавцы и покупатели, действуя независимо и одиночно, не могут воздействовать на формирование рыночных цен. В качестве примера существующей чистой конкуренции можно привести финансовый рынок (рынок личных сбережений) и рынок сельскохозяйственной продукции США (рынок муки).

Эффективная конкуренция (реальная) возникает, когда покупатели и продавцы действуют независимо, даже при условии, когда рынок не является чисто или совершенно конкурентным.

Ценовая конкуренция характеризуется ценовой дискриминацией на реализуемый продукт, которая возможна при соблюдении следующих условий: продавец — монополист, обладающий незначительной степенью монопольной власти; продавец ранжирует покупателей по группам согласно их платежеспособности; первоначальный покупатель не имеет возможности перереализовывать товар или услугу. Ценовая дискриминация наиболее часто применяется при оказании услуг (услуги врачей, адвокатов, владельцев гостиниц, транспортировка скоропортящихся продуктов).

Неценовая конкуренция осуществляется посредством совершенствования качества продукции и условий ее продажи (сбыта). Неценовая конкуренция осуществляется по разным направлениям: первое — совершенствование технической стороны товара; второе — улучшение приспособляемости товара к нуждам потребителя.

Несмотря на то, что каждый рынок имеет свои уникальные особенности, суть конкуренции может быть выражена единой концепцией, позволяющей выявить и оценить природу и интенсивность конкуренции.

В экономической науке выделяют несколько видов конкуренции. Различают совершенную и несовершенную конкуренции (таблица 2).

*Совершенная конкуренция* означает такое состояние экономической системы, когда влияние каждого участника экономического процесса на общую ситуацию настолько мало, что им можно пренебречь.

## Характеристика отдельных видов конкуренции

Параметры	Виды конкуренции			
	совершенный вид	несовершенный вид		
		монополистической конкуренции	олигополия	монополия
Кол-во производителей	много	много (но товар имеет отличия)	мало (2-8)	один
Количество покупателей	много	много	два и более	один или несколько
Сила конкуренции	очень сильная	сильная	слабая	отсутствует
Доли на рынке	малые	малые	большие	весь рынок
Доступ к рынку	открыт	затруднен	затруднен	блокирован
Политика ценообразования	на основе закона спроса и предложения	на основе спроса и конкурентоспособности	определяется спросом и конкурентоспособностью	определяется производителем
Роль качества и конкуренции	очень высокая	очень высокая	высокая	определяется ситуацией
Роль рекламы	высокая	высокая	очень высокая	определяется ситуацией
Рентабельность	незначительная	2-8%	8-20%	более 20%
Эффективность использования ресурсов	очень высокая	высокая	средняя	низкая

В условиях совершенной конкуренции каждый отдельный агент рыночной экономики при принятии решений исходит из задаваемых ему рыночных цен и не может своими действиями оказывать влияния на ценообразование.

Совершенная конкуренция предполагает полную мобилизацию производственных ресурсов. Каждый владелец такого ресурса выбирает выгодную для себя сферу приложения и не ограничен в этом выборе ничем, кроме конкуренции со стороны аналогичных ресурсов. Понятие совершенной конкуренции включает в себя также полную информированность всех без исключения участников производства рыночной экономики о тех хозяйственных возможностях, которые имеются в ней. Обычно

выделяются следующие признаки совершенной конкуренции: множественность продавцов и покупателей, однородность выпускаемого продукта, отсутствие возможности покупателей и продавцов влиять на цены, мобильность производственных ресурсов, абсолютное знание предпринимателями состояния рынка.

*Несовершенная конкуренция* имеет место, когда лишь несколько крупных фирм производят основную массу определенного товара. Она проявляется в виде монополии и монополии.

*Монополия* происходит (греч. «монос» — один, «полео» — продаю) и возникает тогда, когда отдельный производитель занимает доминирующее положение и контролирует рынок данного товара.

Определяющим моментом при этом являются не размеры предприятия, а доля его производства в выпуске товаров на рынке. Первые монополии возникли очень давно и были связаны с невоспроизводимыми условиями производства и возможностями диктовать потребителям свои условия. Появление монополии прежде всего связано с ростом концентрации и централизации производства и капитала. Есть и другие условия образования монополий, такие как естественная монополия, связанная с невоспроизводимыми элементами производства (залежи полезных ископаемых, плодородные участки земли и т. д.), использованием научно-технических достижений и т. д. Наконец, может возникать административная монополия, поддерживаемая государством, подчиняющая судопроизводство, охрану правопорядка, государственную безопасность и т. д.

Со стороны спроса аналогом монополии выступает *монополия*. Это такая ситуация на рынке, когда существует лишь один покупатель. При монополии и монополии у продавцов и покупателей появляется возможность влиять на процесс ценообразования. При этом монополия оказывает влияние на *цену* путем изменения объема производства, а монополия — посредством изменения размеров закупок.

Монополия расширяет производство не бесконечно. Она это делает до тех пор, пока каждая дополнительная единица продукции будет приносить доход больший, чем затраты на ее производство. Доход и затраты на каждую дополнительную единицу продукции называют предельными. Расширение производства монополией ограничено кривой спроса и растущими предельными затратами.

Монополия и монополия — это крайние случаи несовершенной конкуренции. Чаще встречается олигополия (от греч. «олигос» — немногий, «полео» — продаю) — основная масса товаров сосредоточена у нескольких крупных продавцов и олигополия — несколько крупных покупателей. Примером олигополии могут служить три гиганта автомобильной промышленности США —Дженерал моторе, Форд и Крайслер, которые вместе производят свыше 90 % всех автомобилей в стране.

*Дуополия* — тип рыночной структуры, при которой имеются только два поставщика определенного товара и между ними полностью отсутствуют монополистические соглашения о ценах, рынках сбыта, квотах производства.

*Билатеральная монополия* (двусторонняя монополия) — тип рыночной структуры, при которой возникает противоборство единого поставщика и единого (объединенного) потребителя.

Согласно исследованиям известного английского ученого М. Е. Портера, состояние конкуренции на определенном рынке можно охарактеризовать пятью конкурентными силами:

1. Соперничество среди конкурирующих продавцов.
2. Конкуренция среди товаров, являющихся заменителями и конкурентоспособных с точки зрения цены.
3. Угроза появления новых конкурентов.
4. Экономические возможности и торговые способности поставщиков.
5. Экономические возможности и торговые способности покупателей.

Вместе с политическими и правовыми условиями в обществе для экономического роста необходим капитал. Это благо, использование

которого, позволяет увеличить будущие блага. Находясь в постоянном движении, капитал переходит из одной формы в другую.

*Денежная форма.* Деньги - это результат длительного процесса изменения и развития форм товарного обмена. По своей природе деньги - особый товар, выполняющий функцию всеобщего эквивалента. Сущность денег раскрывается в их функциях, к которым относятся.

*1 .Мера стоимости.* Функцию меры стоимости деньги выполняют благодаря масштабу цен. *Масштаб цен* — это денежная единица страны, развернутая на кратные (равные) части (*рубль- копейка, доллар- цент*). Масштаб цен устанавливается государством в законодательном порядке. Денежное выражение стоимости товара - *это цена*.

*2 Средство обращения.* Эту функцию выполняют реальные деньги и их заменители: бумажные деньги, векселя, банкноты, чеки, боны и т.п. Обмен товаров посредством денег называется *товарным обращением* Оно происходит по формуле: Т - Д - Т.

Количество денег, необходимых для товарного общения рассчитывается по формуле:

$$MV=PQ$$

Где,

М — масса денег;

V— скорость обращения денежных знаков;

P — сумма средних цены;

Q — количество товаров предложенных на рынке.

*3.Средство платежа.* Эта функция появилась в результате развития кредитных и финансовых отношений. Деньги используются для оплаты товаров или услуг, проданных ранее в кредит, для осуществления налоговых платежей, выплаты заработной платы, оплаты жилья и т.д.

*4.Средство накопления (сбережения).* Осуществляются в целях создания страховых резервов и запасов, мобилизации средств для осуществления

дорогостоящих покупок, капитальных вложений в производство, вложений в ценные бумаги, недвижимость, золото, произведения искусства.

В развитии денежных инструментов за последние 50-60 лет прослеживаются следующие общемировые тенденции:

1. Из денежного оборота в качестве платежного средства полностью вытеснено золото (золотые деньги). Иными словами, завершился процесс демонетизации золота. В настоящее время ни в одной стране мира нет в обращении золота в качестве платежного средства.
2. Из денежного оборота вытесняются бумажные деньги. Все большую роль в денежном обращении многих стран начинают играть так называемые квази-деньги: чеки, векселя, кредитные карточки, банковские счета и др.
3. С дальнейшим усилением интернационализации хозяйственной жизни, развитием компьютеризации национальные деньги все больше вытесняются из денежного оборота коллективными валютами (ЭКЮ, евро).
4. В денежном обороте все большая роль отводится электронным деньгам. Электронные деньги, их распространение в мире имеют большие преимущества. Во-первых, это ведет к огромной экономии ресурсов (исключаются печатание денег, их защита, транспортировка и т.д.).

Во-вторых, введение электронных денег способствует декриминализации денежных отношений (электронные деньги всегда выступают как именные деньги).

В-третьих, распространение электронных денег позволит осуществить тотальный контроль за всеми денежными операциями, отслеживая и предотвращая уклонение от налогов, факты взяточничества и т.д.

Далее рассмотрим основы теории капитала. Деятельность предприятий связана с формированием и использованием капитала (ресурсов, фондов). Формулу движения промышленного капитала можно описать как:

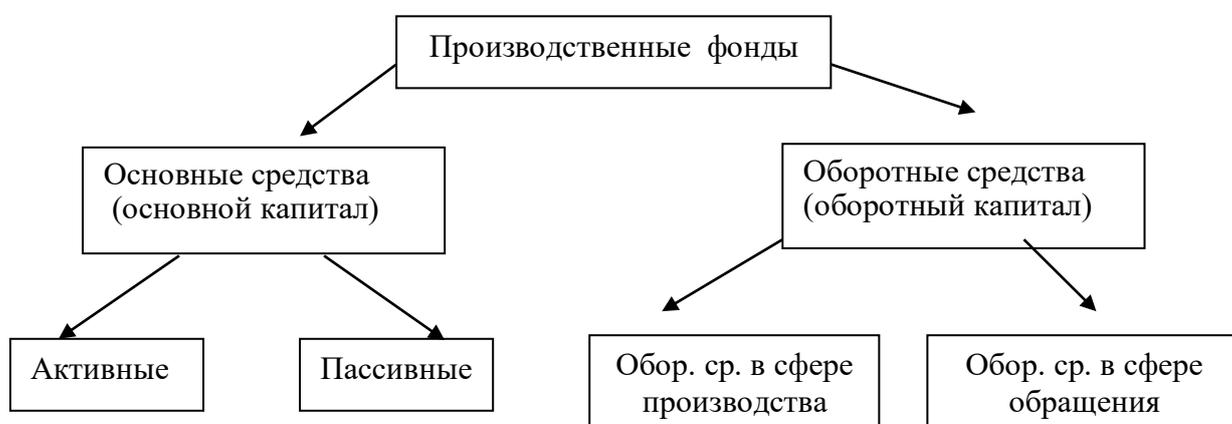
$$D - T \begin{cases} \text{СП} \\ \text{РС} \end{cases} \dots \text{П} \dots \text{Т1} \dots \text{Д1} \qquad \text{Д1} = \text{Д} + \Delta \text{Д}$$

Выполняя свои функции, производственный капитал предприятий совершает круговое движение: из денежной формы Д он обращается в товарную Т (средства производства СП, рабочую силу РС и нематериальные активы НА), затем - в производительную.

*Товарная форма*. В ходе производства создается товар Т и начинается его реализация. В результате продажи возвращаемся к исходной функциональной форме - денежной. Процесс обращения капитала, взятый как однократный акт, называется кругооборотом капитала. Непрерывное возобновление кругооборота капитала называется его оборотом. Кругооборот и оборот средств производства совершается и в здравоохранении. Однако в этой отрасли он имеет свои особенности, связанные с характером медицинских услуг. Как экономическая категория медицинская услуга - это вид труда, при котором производство полезного эффекта совпадает по времени с его потреблением. Отличительные особенности медицинских услуг:

- неотделимость от производителя;
- непостоянство качества;
- несохраняемость (услуги невозможно накапливать, хранить, транспортировать).

Общая схема производственных фондов предприятия представлена на рис.3.



**Рис. 3. Производственные фонды ( капитал, средства) предприятия**

*1. Основные средства* участвуют в нескольких производственных циклах и переносят свою цену на цену новой, создаваемой с их помощью продукции постепенно, по частям в процессе окупаемости. *Пассивные: здания, сооружения.*

*Активные: оборудование, аппаратура, ЭВМ, транспортные средства.*

Использование и расходование основных средств сопряжено с их износом. *Физический износ* - это изменение механических, физических, химических и других свойств материальных объектов под воздействием процессов труда, природных явлений и других факторов. *Моральный износ* бывает двух видов. Первый вид - уменьшение стоимости машин или оборудования вследствие удешевления их воспроизводства в современных условиях. Моральный износ второго вида обусловлен созданием и внедрением в производство более производительных и экономичных видов машин и оборудования. Моральный износ второго вида может быть частичным и полным, а также иметь скрытую форму

Износ основных производственных ресурсов учитывается в процессе амортизации. *Амортизация* - это обесценивание основного капитала в результате его износа и формирование денежных сумм (отчислений от выручки), предназначенных специально для поддержания основных ресурсов в рабочем состоянии.

*Амортизационный фонд*, образовавшийся из амортизационных отчислений, расходуется либо на капитальный ремонт, либо на замену ресурсов.

*Норма амортизации* - это отношение ежегодной суммы амортизационных отчислений к стоимости капитального блага, выраженного в процентах.

Основные средства в ЛПУ представлены зданиями лечебных учреждений, сооружениями, лечебным и диагностическим оборудованием, лабораторным оборудованием, ЭВМ, машинами скорой помощи и др. Они служат целый ряд лет, в течение которых происходит их физический и

моральный износ, а их стоимость постепенно в процессе использования переносится на стоимость производимых медицинских услуг. Для восстановления основных средств создается амортизационный фонд, который формируется за счет амортизационных отчислений.

*2. Оборотные средства.* Они участвуют лишь в одном производственном цикле, перенося свою цену на готовый продукт сразу, целиком.

#### *Оборотные средства в сфере производства*

1. Производственные запасы:

1.1. Сырье, основные материалы и покупные полуфабрикаты

1.2. Вспомогательные материалы

1.3. Топливо

1.4. Тара

1.5. Запасные части для ремонта

1.6. Малоценные и быстроизнашивающиеся предметы и инструменты, приспособления и инвентарь

2. Незавершенное производство и полуфабрикаты собственного изготовления

3. Расходы будущих периодов

#### *Оборотные средства в сфере обращения*

1. Готовая продукция на складе и отгруженная, находящаяся в оформлении

2. Товары отгруженные, но не оплаченные покупателями

3. Денежные средства в кассе и на счетах в банках

4. Дебиторская задолженность

5. Средства в прочих расчетах

В рыночной конкуренции побеждает предприятие, которое имеет выигрыш в скорости оборота капитала. Скорость оборота капитала зависит от времени производства и времени обращения. *Время производства* включает рабочий период (время труда), время технологических процессов и технологических перерывов (для ремонта и

наладки техники, для отдыха людей и т.п.). *Время обращения* включает время закупки ресурсов и время продаж готового продукта. Продолжительность времени обращения зависит от расположения (удаленности) предприятия относительно рынков сбыта и источников ресурсов, от состояния маркетинговой службы, производственной и рыночной инфраструктуры (средств связи, транспорта, банковского обслуживания), от качества организации коммерческой деятельности.

Ускорение оборота капитала способствует экономии издержек предприятия, увеличению нормы и массы прибыли.

*Скорость оборота* капитала предприятия рассчитывается

1. по числу оборотов капитала в течение года,

$$N = V : S$$

Где, N — число оборотов в течение года;

V — объем реализованной продукции за год;

S — стоимость капитала предприятия.

2. по средней продолжительности одного оборота капитала

$$T = O : N$$

Где, T — время оборота капитала (дни);

O — число дней в году;

N — число оборотов капитала в течение года.

3. по срокам окупаемости капитальных вложений в основной производственный капитал

$$OK = \sum K_{осн} : (\sum A_2 - \sum \Pi_2)$$

Где, ОК — срок окупаемости капитальных вложений;

Косн — сумма капитальных вложений в основной производственный капитал;

Аг — годовая сумма амортизации;

Пг — годовая сумма прибыли предприятия

Чтобы благо стало товаром, оно должно обладать и потребительной стоимостью и стоимостью.

*Потребительная стоимость* - это способность товара удовлетворять ту или иную потребность человека.

*Стоимость товаров* - категория формирующаяся в процессе производства товаров и проявляющаяся при обмене.

Как потребительные стоимости товары разнородны и несопоставимы, как стоимости однородны и качественно соизмеримы. Один и тот же товар на рынке для продавца имеет значение как стоимость, а для покупателя — как потребительная стоимость.

Прежде чем реализовать потребительную стоимость товара (т.е. потребить его), товар должен быть реализован как стоимость. В этом единство и противоречие товара.

Двуединная сущность товара как стоимости и потребительной стоимости является *результатом двойственного характера труда*, создающего товар. Сущность двойственного характера труда, создающего товар, заключается в следующем: с одной стороны— это *конкретный труд*, создающий потребительную стоимость и определяемый конкретной целью, специфическим характером *операций, предметами, орудиями и результатами труда*; с другой — это *абстрактный труд*, создающий стоимость и представляющий собой затраты человеческой энергии вообще, расходование энергии, мускулов, нервов. Это материальное явление, т.е. реальная затрата реальной рабочей силы в физиологическом смысле.

Потребительная стоимость товара служит основанием (носителем) меновой стоимости. *Под меновой стоимостью* понимается способность товара обмениваться на другие товары в определенных пропорциях.

При приобретении товара люди платят за определенную сумму денег, которая называется ценой товара. Согласно трудовой теории стоимости- цена есть денежное выражение стоимости

Меновая стоимость любого товара определяется общественно необходимыми затратами труда.

*Общественно необходимые затраты*- это затраты, которые требуются для создания товара среднего общественного качества при наличии общественно нормальных условий производства, при среднем уровне умелости и интенсивности труда.

*Общественно нормальными условиями* производства считаются такие, при которых производится основная масса товаров данного вида.

*Общественно необходимое рабочее время* изменяется под воздействием производительности труда.

*Производительность* - это плодотворность конкретного труда, она измеряется количеством продукции, создаваемой в единицу рабочего времени (час, день и т.д.)

На рост производительности труда влияет ряд факторов:

1. внедрение более совершенной техники;
2. улучшение технологии производства;
3. совершенствование организации труда;
4. повышение уровня квалификации, умелости, искусности работников;

При росте общественной производительности труда одна и та же масса трудовых затрат приходится на большее количество изделий, при этом стоимость одного изделия уменьшается, товар становится дешевле. Таким образом, производительность труда и величина стоимости товара являются обратно пропорциональными величинами.

Затраты общественно необходимого времени, зависят также от интенсивности труда.

*Под интенсивностью труда* понимается степень его напряженности. Мерой интенсивности труда служит расходование энергии в единицу рабочего времени.

С ростом интенсивности увеличивается масса труда и количество потребительных стоимостей, создаваемых в единицу времени. Стоимость единицы изделия при этом не изменяется.

Согласно экономическому закону товарного производства или закону стоимости производство и обмен товаров осуществляется в соответствии с их стоимостью.

### **Вопросы для семинара**

1. Какой на Ваш взгляд тип экономического роста наиболее предпочтителен в условиях развития Российской экономики?
2. Какими методами и приемами государство регулирует рыночные отношения?
3. Какие виды, формы и методы конкуренции являются наиболее предпочтительными для общества?
4. Каковы современные тенденции изменения денежного обращения? Что такое квази-деньги?
5. Возможен ли рынок свободной конкуренции в здравоохранении?
6. Какими способами можно определить скорость оборота капитала?
7. Какие стадии проходит капитал в процессе воспроизводства?
8. Для чего необходим амортизационный фонд и каковы условия его использования в ЛПУ?

### **Практические задания**

**Задание 1.** Соотнесите термины и их содержание

- а.) экстенсивный тип экономического роста
- б) интенсивный тип экономического роста
- в) конкуренция
- г) монополия
- д) монополия

- е) товар
- ж) основной капитал
- з) оборотный капитал
- и) оборот капитала
- к) кругооборот капитала
- л) амортизация
- м) норма амортизации
- н) время производства
- о) время обращения

1. Обесценивание основного капитала в результате его износа и формирование денежных сумм (отчислений от выручки), предназначенных специально для поддержания основных ресурсов в рабочем состоянии.

2. Время, которое включает время закупки ресурсов и время продаж готового продукта.

3. Отношение объема реализованной продукции за год к стоимости капитала предприятия.

4. Экономический рост национального дохода за счет роста объема капитала и труда .

5. Отношение ежегодной суммы амортизационных отчислений к стоимости капитального блага, выраженного в процентах.

6. Средства, которые участвуют в нескольких производственных циклах и переносят свою цену на цену новой, создаваемой с их помощью продукции постепенно, по частям в процессе окупаемости

7. Специфическое экономическое благо или продукт труда, произведенное для обмена.

8. Время, которое включает рабочий период (время труда), время технологических процессов и технологических перерывов (для ремонта и наладки техники, для отдыха людей и т.п.).

9. Ситуация на рынке, когда отдельный производитель занимает доминирующее положение и контролирует рынок данного товара.

10. Экономический рост национального дохода за счет научно-технического прогресса и снижения затрат и труд и капитал.
11. Средства, которые участвуют в одном производственном цикле, перенося свою цену на готовый продукт сразу, целиком.
12. Соперничество между участниками рыночной экономики за наиболее выгодные условия производства, купли и продажи товаров
13. Ситуация на рынке, когда отдельный покупатель занимает доминирующее положение и контролирует спрос на данный товар или услугу.
14. Процесс обращения капитала, взятый как однократный акт.

**Задание 2.** Решите следующие задачи.

1. Стоимость производственных зданий - 25 млн руб, машин и оборудования - 35 млн. Амортизация зданий происходит за 50 лет, машин и оборудования - за 10 лет. В год ЛПУ получает 2 млн. прибыли. Найдите срок окупаемости капитальных вложений ЛПУ. Как измениться срок окупаемости в случае, когда годовая прибыль предприятия возрастет на 10%.
2. Стоимость производственных зданий ЛПУ - 300 тыс. евро., сооружений - 110 тыс. евро, медицинского оборудования - 600 тыс. евро, транспортных средств скорой помощи - 45 тыс. евро. Рассчитайте годовую сумму амортизационных отчислений, если известно, что средний срок службы перечисленных частей основного капитала соответственно составляет 30, 10, 12 и 5 лет. Каков источник и в чем назначение фонда амортизации?
3. Стоимость диагностического оборудования - 7500 долл. ст. Срок службы - 15 лет. Определите его остаточную стоимость через 6 лет эксплуатации. Как называется фонд, предназначенный для осуществления капитального ремонта и реновации техники?
4. Общая величина средств фармацевтического предприятия - 1,7 млн. руб., в том числе основной производственный капитал - 1 млн., капитал обращения - 0,1 млн. руб. Стоимость оборотного производственного капитала в 2 раза

превышает стоимость непроизводственного капитала предприятия. Определите величину оборотных средств.

5. Стоимость годовой продукции фармацевтического предприятия в предыдущем году составила 120 млн. руб. Среднегодовая сумма оборотных средств - 20 млн. руб. В новом году коллектив предприятия добился сокращения времени их оборота с 60 до 50 дней. Определите увеличение выпуска продукции за счет этого фактора (год принимается равным 360 дням). Каковы основные пути ускорения оборачиваемости оборотных средств?

**Задание 3.** Выберите правильные варианты ответов

1. К ПРЯМЫМ МЕТОДАМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЭКОНОМИКУ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) законодательные ограничения
- 2) введение государственной монополии
- 3) налоговое стимулирование и ограничение
- 4) кредитное регулирование

2. К КОСВЕННЫМ МЕТОДАМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА МОЖНО ОТНЕСТИ:

- 1.) кредитное регулирование
- 2) налоговое стимулирование и ограничение
- 3) регулирование денежной массы
- 4) введение государственной монополии

3. ОБЩЕПРИЗНАННЫМИ ФУНКЦИЯМИ ДЕНЕГ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) мера стоимости
- 2) мера ликвидности
- 3) средство обращения
- 4) средство сохранения ценности
- 5) мера инфляции

4. ПОКУПАТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ ДЕНЕГ ЭТО

1) это денежная масса эквивалентная произведенным товарам и услугам за определенный промежуток времени

2) это количество товаров и услуг, которое можно купить на денежную единицу

3) это количество денег в обращении

5. ЕСЛИ СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ 50 000 РУБЛЕЙ, А НОРМА ЕГО АМОРТИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТ 12%, КАКОВА БУДЕТ ГОДОВАЯ СУММА АМОРТИЗАЦИОННЫХ ОТЧИСЛЕНИЙ

1.) 5000 руб.

2) 16000 руб.

3) 6000 руб.

4) 15000 руб

## **ГЛАВА 3. РЫНОК И РЫНОЧНАЯ ЭКОНОМИКА.**

### **РЫНОЧНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

*Рынок и рыночная экономика. Принципы построения рыночных отношений. Функции рынка. Достоинства и дефекты рыночной экономики. Рыночный механизм: спрос, предложение, равновесная цена.*

*Экономика здравоохранения - отраслевая экономическая наука. Рынок общественного здравоохранения. Принципы и условия построения рыночных отношений в здравоохранении. Медицинская услуга как товар. Особенности рынка медицинских услуг.*

*Рынок - совокупность экономических и организационно-правовых отношений, связанных с обменом (продажей и куплей) товаров.*

Исходная причина появления рынка - общественное разделение труда. Первое крупное разделение труда произошло в глубокой древности между скотоводческими и земледельческими общинами. Затем ремесло отделилось от сельского хозяйства, торговля - от производственной деятельности. В дальнейшем стали дробиться отрасли, углублялась специализация отдельных производств.

Разделение труда вызвало необходимость обмена; уже древние скотоводы нуждались в продуктах земледелия, земледельцы - в продуктах скотоводства и ремесла.

На протяжении многих веков обмен между членами древних (перуанских, еврейских, индийских, славянских) общин осуществлялся в нетоварной, неэквивалентной, некоммерческой форме.

Постепенно общественное разделение труда дополнялось экономическим (имущественным, социальным) обособлением членов общины, семей, отдельных хозяйств. Социально-экономическая обособленность производителей явилась вторым необходимым и достаточным условием рыночных отношений, она придала отношениям обмена коммерческий, эквивалентный характер. Каждый участник торговых операций стремится получить взамен своего товара как минимум равное по стоимости количество другого товара.

Таким образом, рыночная экономика проходит несколько стадий. Первой стадией является *простое, или неразвитое, товарное производство*. Это производство продуктов для обмена между самостоятельными частными производителями-крестьянами и ремесленниками. Его существенные черты следующие:

1. Общественное разделение труда как материальное условие существования товарного производства.
2. Частная собственность на средства производства и продукты труда.
3. Личный труд собственника.
4. Удовлетворение общественных потребностей посредством купли-продажи продуктов труда.
5. Экономическая связь между людьми осуществляется через рынок, т.е. носит общественный характер.

При *развитом товарном производстве* товарами становятся не только все продукты труда, но и факторы производства труд (рабочая сила) капитал (ресурсы производства) и предпринимательство. Рыночные отношения приобретают всеобщий характер.

Для эффективного функционирования рыночной экономики необходима также совокупность благоприятных институциональных отношений, обеспечивающих самостоятельность производителей, свободу предпринимательства, независимость продавцов и покупателей от внешнего, внешнеэкономического, силового принуждения. Внешнее регулирование рыночных отношений неизбежно в любой системе, однако чем меньше скованы товаропроизводители и потребители товаров, тем больше простора для развития рынка.

Утвердившиеся в обществе рыночные отношения оказывают активное воздействие на все стороны хозяйственной жизни, выполняя ряд функций: организационную, информационную, регулирующую, saniрующую.

*Организационная функция.* С помощью рынка экономически обособленные агенты (производители и потребители) находят друг друга,

устанавливают контакты, выбирают наиболее подходящих партнеров по бизнесу, сотрудничают.

*Информационная функция.* Рынок представляет участникам торговых операций объективную и всестороннюю информацию о предложении товаров, о спросе на них, о величине цен, общественно нормальных затрат на производство и реализацию продуктов труда. Через постоянно меняющиеся цены, процентные ставки на кредит, показатели нормы и массы прибыли, иные категории рынок извещает субъектов хозяйствования о перспективах и грядущих проблемах бизнеса.

*Ценообразующая функция.* На рынок поступают однородные, взаимозаменяемые и взаимодополняющие товары с разными издержками производства и обращения. Рынок обеспечивает сопоставление полезных свойств и стоимости товаров, формирование общественно необходимых затрат и цен, приемлемых для продавцов и покупателей. Благодаря этому устанавливается подвижная связь между стоимостью и ценой, между производством и потреблением.

*Регулирующая функция.* Успешная реализация товаров или их торможение на рынке дает ответ на сакраментальные для товаропроизводителей вопросы: что, сколько и каким образом производить? Рыночная конкуренция стимулирует снижение удельных затрат на выпуск продукции, поощряет технический прогресс, экономию материалов, повышение качества продукции. Она стимулирует также перелив производственных ресурсов из менее прибыльных отраслей экономики в более прибыльные и перспективные.

«Невидимая рука» рыночной конкуренции нацеливает каждого товаропроизводителя на создание наиболее необходимых продуктов, на поиск наиболее рациональных и рентабельных технологий.

*Санирующая функция.* Рыночный механизм — жесткая система регулирования экономики, беспощадная к бесхозяйственности, разгильдяйству, неорганизованности. Рыночная конкуренция очищает экономическое

пространство от нерентабельных, экономически несостоятельных, неустойчивых, нежизнеспособных хозяйств, вместе с тем она открывает простор для действий решительных, целеустремленных предпринимателей.

Рыночный механизм обеспечивает взаимодействие обособленных, формально не зависящих друг от друга, равноправных субъектов хозяйствования. Этот механизм имеет свои достоинства и недостатки.

#### *Преимущества рыночной экономики*

*1. Свобода выбора.* Рынок дает субъектам хозяйствования возможность самостоятельного, оперативного и гибкого принятия управленческих решений при наличии ограниченной информации об издержках производства, ценах реализации и налогах.

*2. Эффективное распределение и использование ограниченных ресурсов в сфере производства экономических благ.* Товаропроизводители ведут хозяйство за счет своих собственных ресурсов, несут полную материальную ответственность за эффективность их использования. Чтобы возместить свои вложения и получить прибыль, предприниматели идут на риск, разрабатывают новые товары, совершенствуют технику, технологию и организацию производства, мобилизуют более подготовленные кадры, снижают издержки, повышают эффективность развития производства.

*3. Расширение ассортимента предлагаемых товаров и услуг, совершенствование структуры общественного производства.* Для поддержания конкурентоспособности своих предприятий фирмы стремятся обновить и расширить ассортимент, повысить качество выпускаемой продукции. Результатом этого является совершенствование структуры общественного производства, более полное удовлетворение потребностей общества. Рынок имеет и негативные стороны.

#### *Дефекты рыночной экономики*

1. Рынок не способствует сохранению невозобновляемых ресурсов и охране окружающей среды; только законодательные акты могут заставить предпринимателей вкладывать средства в создание сооружений по очистке

сточных вод, регенерации отработанных газов, переработке отходов производства.

2. Рынок не обеспечивает производство товаров и услуг социального назначения (охрана общественного порядка, обороноспособность страны, разработка и совершенствование нормативно-правовой базы, управление социальным развитием общества).

3. Рынок не создает достаточные стимулы для развития отраслей производственной и социальной инфраструктуры: электроэнергетики, дорожного строительства, общественного транспорта, образования, здравоохранения, научных исследований.

4. Рынок не гарантирует право на труд и доход, не обеспечивает социальную защиту малообеспеченных слоев населения: нетрудоспособных членов общества, безработных, инвалидов с детства. Участникам хозяйственной деятельности рынок обеспечивает высокую степень свободы, но слабым и беззащитным он может дать не больше, чем свободу умереть с голоду.

5. Рыночная экономика подвержена циклическим колебаниям и кризисам, вызывает шоковые состояния и потрясения общества.

6. Рыночная система воспроизводит и углубляет социальное неравенство, систематически порождает острые конфликты между классами, нациями и государствами, является источником войн.

Дефекты рыночного регулирования рыночной экономики могут быть устранены или уменьшены (смягчены) государством.

При любом виде рынка взаимодействуют три основных параметра – спрос, предложение (исходные) и цена (производные).

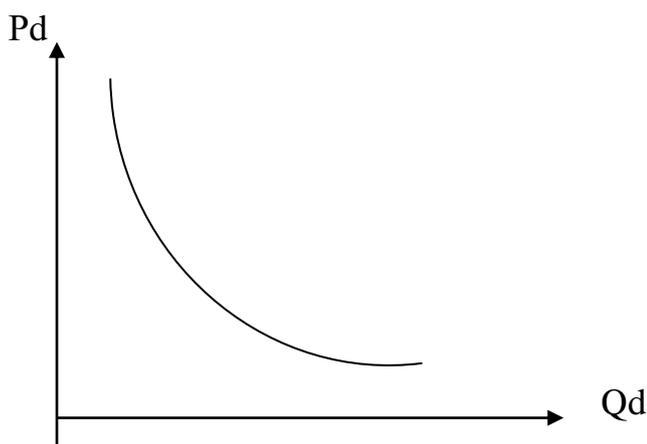
Спрос на какой-либо товар характеризует нашу готовность купить то или иное количество этого товара. Покупка данного товара - это жертва, т.е. отказ от покупки некоторых количеств других благ (товаров, услуг).

Цена товара ( $P_d$ ) отражает альтернативную стоимость той жертвы, на которую идет покупатель.

*Величина (объем) спроса ( $Q_d$ )* - количество товара, которое согласно купить покупатель (отдельное лицо, группа людей или население в целом) в единицу времени (день, месяц, год,...) при определенных условиях.

*Цена спроса*- максимальная цена, которую покупатели согласны заплатить за определенное количество данного товара.

Между величиной спроса ( $Q_d$ ) ценой товара ( $P$ ) Существует обратная связь. Ее называют законом спроса. Закон спроса представлен на рис.4



**Рис. 4. Зависимость величиной спроса на товар и его цены**

Существуют следующие детерминанты спроса:

1. *Вкусы и предпочтения покупателей*
2. *Цены на другие товары.* Здесь возможны три ситуации, в каждой из которых спрос будет реагировать по-разному на изменение цен других товаров:
  - взаимозаменяемые товары.
  - взаимодополняющие товары.
  - независимые товары
3. *Доходы покупателей и уровень их благосостояния.*
4. *Ожидания покупателей.*
5. *Число покупателей.*

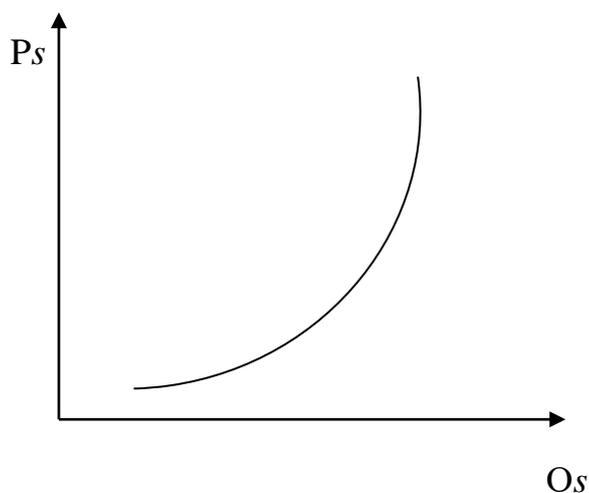
Спрос на рынке это потребности, обеспеченные денежными средствами.

Второй составляющей в механизме работы рынка является предложение. *Предложение* характеризует готовность продавца продать определенное количество того или иного товара в определенный период времени. Это также перечень соотношений между количеством предлагаемого к продаже товара и ценой на данный товар.

*Объем предложения ( $Q_s$ )* - это количество какого-то товара, которое желает продать на рынке продавец или группа продавцов в единицу времени при определенных условиях.

*Цена предложения ( $P_s$ )*- это минимальная цена, по которой продавец согласен продать определенное количество данного товара.

Между ( $P_s$ ) и ( $Q_s$ ) существует прямая связь, называемая законом предложения. Закон предложения представлен на рис.5



**Рис. 5. Зависимость величины предложения товара от его цены**

Следует различать изменение объема предложения и изменение предложения. Изменение ( $Q_s$ ) происходит при изменении только цены данного товара (движение по кривой предложения). Изменение предложения (сдвиг самой кривой), т.е. изменение функции предложения происходит в результате воздействия детерминант предложения.

Детерминантами предложения являются:

1. *Цены на ресурсы.* Существует связь между издержками производства и предложением. Все, что снижает издержки, способствует росту предложения.
2. *Технология.* Более совершенные и продуктивные технологии снижают издержки производства и увеличивают предложение.
3. *Природные условия.* Они также по-разному влияют на издержки, а значит, и на предложение.
4. *Налоги и дотации.*
5. *Цены на другие товары.* Влияние может быть различным в зависимости от того, каким образом связаны между собой разные товары (смотри график).
6. *Ожидания продавцов.* Они могут относиться и к динамике цен, и к изменениям погоды, и к налоговой политике государства и ко многому другому.

Увеличение предложения (сдвиг линии предложения вправо) может произойти по следующим причинам:

- понижение цен на применяемые в производстве ресурсы;
- понижение цен на товары-конкуренты в производстве
- повышение цен на товары, производимые «совместно» с данным товаром
- улучшение технологии производства данного товара;
- уменьшение налога на данный товар или введение дотации;
- благоприятные погодные условия;
- ожидание роста цен на продукцию, особенно в перспективе.

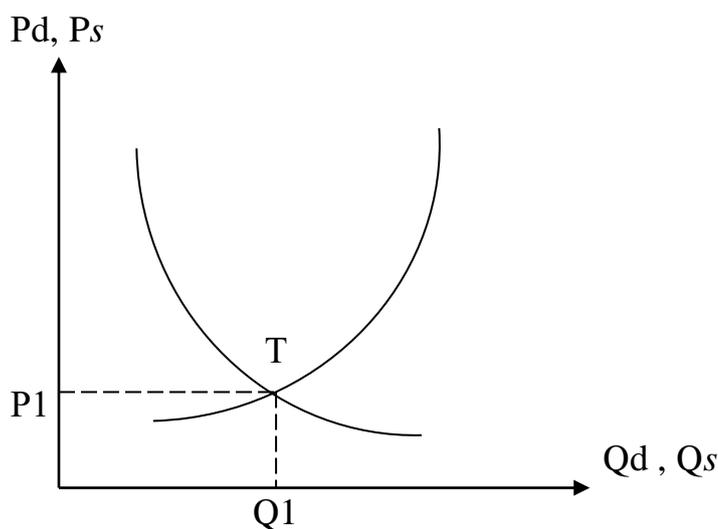
Если мы наложим один график на другой, то в точке пересечения двух кривых (спроса и предложения) мы получим значение равновесной цены, *где спрос будет равен предложению*. Данная ситуация представлена на рис.6

T — точка равновесия;

P1 — равновесная цена;

Q1 — равновесное количество товаров или услуг по цене P1, которое будет приобретено покупателями данный момент времени и будет поставлено производителями в тот же период.

Очень важно отметить два факта:



**Рис. 6. Равновесие на рынке товара или услуги**

1. *Цена не может подняться выше цены спроса*, тогда покупатели не смогут оплатить товар или услугу (верхней границей цены спроса является доход покупателя) (зона излишка)
2. *Цена не должна опускаться ниже цены предложения*, тогда производитель своими услугами не окупит затрат, т.е. цена предложения не должна опускаться ниже себестоимости товара или услуги.

Между верхней границей (ценой спроса) и нижней границей (ценой предложения) может быть большое многообразие цен на товары и услуги.

Степень изменения взаимодействия спроса и предложения называется *эластичностью*. Другими словами, эластичность – это мера реакции покупателя и продавца на изменение цены товара. Количественно характеризуется с помощью коэффициента эластичности. Коэффициент меньше 1 свидетельствует о неэластичном взаимодействии спроса и предложения, и наоборот, больше 1 – об эластичном взаимодействии.

Эластичность спроса по ценам – это отношение процентного изменения величины спроса на товар (услугу) к процентному изменению цены на товар (услугу).

$$K_D = \frac{\% \Delta D}{\% \Delta P}$$

При эластичном спросе происходит большее изменение спроса, по сравнению с ценой. Коэффициент эластичности всегда больше 1.

$$K_D = \frac{\% \Delta D \uparrow}{\% \Delta P \downarrow}$$

Напротив, при неэластичном спросе происходит большее изменение цены. Коэффициент эластичности всегда меньше 1.

$$K_D = \frac{\% \Delta D \downarrow}{\% \Delta P \uparrow}$$

Благодаря данному исчислению можно определить экономическую границу, отделяющую предметы первой необходимости от предметов роскоши: для последних  $K > 1$ , некоторое снижение цены на товары эластичного спроса увеличит выручку; для предметов первой необходимости  $K < 1$  и снижение цен в данном случае уменьшит выручку.

Спрос с единичной эластичностью ( $K = 1$ ) имеет место, когда:

- спрос растет теми же темпами, как падает цена - прибыль растет;
- спрос снижается теми же темпами, как растет цена – прибыль не меняется.

Реакцию величины предложения на изменение цены товара (услуги) характеризует коэффициент ценовой эластичности предложения.

$$K_S = \frac{\% \Delta S}{\% \Delta P}$$

При эластичном предложении изменение величины предложения превышает изменение уровня цены. Коэффициент эластичности всегда больше 1.

$$K_s = \frac{\% \Delta S \uparrow}{\% \Delta P \downarrow}$$

Напротив, при неэластичном предложении – цена изменяется больше, чем величина предложения. Коэффициент эластичности всегда меньше 1.

$$K_s = \frac{\% \Delta S \downarrow}{\% \Delta P \uparrow}$$

При  $K_s = 1$ , эластичность называется единичной, поскольку уровень цены и величина предложения изменяются одинаково.

Важно отметить, что для продавцов выгодно неэластичное предложение, так как обеспечивает стабильный рост доходов. При отсутствии конкуренции эластичное предложение можно перевести в неэластичное. Однако высокая цена предложения не всегда выгодна производителям. Если объем предоставляемых услуг падает, цену целесообразно несколько снизить.

Далее рассмотрим действие экономических отношений и рыночного механизма в сфере здравоохранения.

Выделение экономики здравоохранения в область самостоятельных научных знаний состоялось лишь во второй половине XX века. В ней не было потребности в условиях, когда управление здравоохранением основывалось на административных методах, а ЛПУ не имели экономических стимулов.

Экономика здравоохранения находится в определенной зависимости от существующих экономических наук и медицины. У общей экономики экономика здравоохранения заимствует терминологию. Прикладные экономические науки являются основой экономических исследований

здравоохранения на микроуровне, а специальные - для исследований на макроуровне.

*Экономика здравоохранения* - это наука, которая изучает использование объективных экономических законов в здравоохранении как одной из отраслей народного хозяйства, определяет методы рационального использования финансовых и трудовых ресурсов и пути повышения эффективности медицинской помощи, а так же специфику хозяйствования учреждений здравоохранения в условиях рыночной экономики.

В современных условиях среди важнейших задач экономики здравоохранения выделяют:

- финансирование здравоохранения в условиях бюджетно-страховой Медицины;
- определение экономической эффективности различных видов медицинской помощи и путей повышения ее эффективности, оптимального использования средств для более полного удовлетворения потребностей населения в качественной медицинской помощи;
- в связи с развитием рынка медицинских услуг встают задачи определим им издержек и экономически обоснованных цен на медицинские услуги, обеспечения рентабельности ЛПУ при предоставлении платных медицинских услуг, повышения конкурентоспособности ЛПУ;
- в связи с формированием многообразия форм собственности, включая частную собственность, необходимо изучение различных организационно правовых форм учреждений здравоохранения, специфики их хозяйствования.

Изучение экономики здравоохранения необходимо для принятия правильных организационных, управленческих, хозяйственных решений на всех уровнях функционирования системы здравоохранения и, а, следовательно, должно способствовать улучшению оказания медицинской помощи населению.

В экономике здравоохранения выделяют два уровня анализа: микро-экономический и макроэкономический.

На микроэкономическом уровне изучается деятельность отдельно взятых медицинских организаций, способы их финансирования, экономическая эффективность альтернативных медицинских технологий, совершенствование систем оплаты труда персонала и т.п.

На макроэкономическом уровне анализируются взаимоотношения здравоохранения с другими отраслями экономики, непосредственно с нею связанными (медицинская промышленность, фармацевтическая промышленность, медицинское приборостроение, специальные отрасли текстильной, пищевой промышленности, транспортного машиностроения, строительства и т.п.).

Вклад здравоохранения в экономический рост страны очевиден. Объем оказанных медицинских услуг, выраженный в стоимостной форме, увеличивает ВВП, который является важнейшим обобщающим показателем, характеризующим уровень развития страны.

*Медицинская услуга* - это благо, предоставляемое в форме медицинской помощи определенного вида и объема и существующее в момент получения.

Это благо может выступать в форме товара и специфика медицинской услуги в том, что она нацелена на удовлетворение социальных потребностей, не существует отдельно от производителя (медицинского работника), при этом производство данной услуги и ее потребление происходят одновременно.

*Платная медицинская услуга* - это медицинская помощь определенного вида и объема, предоставляемая по возмездному договору.

Медицинские услуги населению за отдельную плату должны предоставляться медицинскими учреждениями сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Разграничение видов медицинской помощи, оказываемых населению бесплатно и за отдельную плату, может осуществляться на основе перечня

медицинских услуг, оказываемых за счет средств организаций любых форм собственности, а также личных средств граждан.

В лечебном учреждении платными услугами постепенно становятся услуги диагностических служб, новые технологии лечения, стоматологические услуги, условия повышенной комфортности, услуги врачей, принадлежащих к школе так называемой традиционной медицины. Платная медицинская деятельность имеет перспективы развития, если она готова предложить новые медицинские услуги, новые технологии лечения, а также новую организацию и высокую оплату труда медицинских работников. Платные медицинские услуги наряду с бесплатной медицинской помощью создают условия для выбора пациентом формы медицинского обслуживания.

*Рынок в системе здравоохранения* - это совокупность существующих производителей услуг и товаров и потенциальных потребителей медицинских услуг. Рынок общественного здоровья состоит из рынков:

- муниципального здравоохранения;
- частнопрактикующих специалистов;
- государственного здравоохранения;
- Фарминдустрии;
- медицинской техники;
- системы медицинского образования;
- медицинских услуг;
- медицинского страхования.

Одним из основных составляющих рынка общественного здоровья является рынок медицинских услуг. *Рынок медицинских услуг* - совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, реализуемых в условиях конкурентной экономики. Это понятие касается медицинских организаций, органов управления, медицинских специалистов, работающих в учреждениях различных видов собственности.

Каждый из перечисленных рынков может быть разделен на сегменты, так как любое ЛПУ или частнопрактикующие специалисты понимают, что их услуги не могут нравиться сразу всем потребителям. Поэтому ЛПУ и специалисты сосредотачиваются на обслуживании определенных частей (сегментов) рынка.

Рынок означает постоянные структурные изменения на макро- и микроуровнях. При этом под макроуровнем следует понимать деятельность на уровне районов, городов, областей, страны. Под микроуровнем — деятельность на уровне организации.

В здравоохранении рынок строится на определенных принципах, к которым можно отнести:

*1 принцип* — взаимная заинтересованность участников (врачей, пациентов, сторон, партнеров) в совершении рыночной операции, сделки.

*2 принцип* — платность и возмездность.

*3 принцип* — эквивалентность, то есть равенство между оплаченным и полученным благом.

Механизм рынка отражает влияние рынка на процесс предоставления медицинских услуг. Если характеризовать структуру рынка услуг здравоохранения по действию *рыночного механизма*, то нужно выделить три главных элемента: спрос, предложение и цену.

*Спрос* — количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене. Спрос — это платежеспособная потребность в медицинских услугах.

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

*Цена* — это сумма денег, за которую пациент готов купить, а врач готов продать данную медицинскую услугу. Это главный сигнал рынка для

решения вопроса, куда вкладывать деньги, снижать ли затраты, повышать ли качество медицинских услуг, расширять ли комплекс услуг.

Классический рынок в здравоохранении существует только в определенных пределах: стоматологии, в «традиционной» медицине, в пластической хирургии.

*Общими условиями становления рыночных отношений в здравоохранении являются:*

1. наличие и многообразие форм собственности и видов хозяйствования.
2. неограниченное число участников конкуренции, равный свободный доступ на рынок и выход из него
3. равный допуск к имеющимся ресурсам. Все заинтересованные участники рынка, к какой бы форме собственности и к какому бы виду хозяйствования они ни принадлежали, должны иметь равные стартовые возможности приобретения или привлечения ресурсов, необходимых для их деятельности.
4. наличие у каждого участника конкурентной борьбы полного объема рыночной информации (о спросе на медицинские услуги, об их предложении и т.д.). Эта возможность является двойкой. Во-первых, сюда относится выбор по потребностям, и здесь рынок демонстрирует широчайший диапазон разнообразнейших товаров. Но, во-вторых, - это выбор по финансовому положению потребителя, заставляющий его реально выбирать из крайне ограниченного ассортимента благ «по карману».

5. возможность регулирования, управления рыночными процессами в здравоохранении

Рынок услуг здравоохранения имеет *специфические черты:*

1. Спрос на медицинские услуги подвержен значительному влиянию временного фактора: в летний период, а в осенне-зимний - увеличивается.
2. Зависимость от структуры заболеваемости населения данного региона.
3. Высокая скорость оборачиваемости капитала, поскольку производство медицинских услуг представляет собой короткий цикл (менее года, а чаще - менее месяца).

4. Высокая изменчивость рыночной конъюнктуры, поскольку происходит процесс совпадения производства и потребления медицинских услуг во времени и пространстве, а это обуславливает зависимость состояния рынка от спроса на медицинские услуги, сложившегося на данный момент (эпидемии, экологические катастрофы, вызывающие всплеск заболеваемости, реклама модных методик лечения и т.п.).
5. Процесс оказания медицинской услуги обусловлен личным контактом производителя (медицинского работника) и потребителя (пациента). Это, с одной стороны, делает возможным «форсирование спроса» на дополнительные медицинские услуги, и увеличение их предложения в целом, а с другой стороны, общая неудовлетворенность пациента может уменьшить спрос, подорвать имидж учреждения и создать трудности на рынке.
6. Результат медицинской деятельности может быть определен только после потребления услуги, а это с трудом выражается в стоимостной форме (что может привести к неэффективности экономических отношений).
7. «Асимметричность» информации на рынке медицинских услуг. Недостаток медицинских знаний делает пациента (как потребителя) уязвимым по отношению к врачу, и врач может диктовать условия экономических отношений. Возникают неравные конкурентные условия и нарушается действие механизма рынка. Но и врач как производитель медицинских услуг имеет неоднозначное положение по отношению к пациентам, так как недостаток медицинских знаний у них может привести к потере врачом потребителей, приносящих доход.
8. Необходимость стандартизации. «Асимметричность» информации делает важным поддержание репутации на рынке медицинских услуг. Хорошую репутацию и успех на рынке имеет то лечебное учреждение, которое предлагает медицинское обслуживание в соответствии со стандартом медицинской помощи и соблюдает протоколы ведения больных. Стремление врача обеспечить стандарт медицинской помощи привлекает пациента, защищает его права как потребителя.

9. Финансовые и моральные потери. Моральная нагрузка на рынке с асимметричной информацией ведет к дополнительным финансовым потерям. Например, если пациент застраховал свое здоровье на все возможные случаи, то он может посещать доктора чаще, чем при ограниченном договоре. И если у страховой компании нет возможности наблюдать за пациентом и отслеживать каждый его шаг, то выплата по страховке окажется больше ожидаемой.

Однако страховая компания заинтересована иметь дело с относительно здоровыми людьми и не страховать тяжелобольных людей, чье лечение требует больших затрат. С социальной точки зрения, отбор «рисков» недопустим, снижает социальную эффективность здравоохранения и требует вмешательства государства. Это явление можно охарактеризовать как «изъясн» рынка услуг здравоохранения.

10. Возможности врача и медицинской сестры влиять на спрос и на предложение. Врач и медицинская сестра одновременно выступают как со стороны спроса, так и со стороны предложения медицинских услуг, поскольку врачи ставят диагноз, а медсестры предлагают по рекомендации врача медицинские услуги (массаж и т.п.) и, следовательно, формируют спрос пациента на конкретную услугу и сами же готовы его удовлетворить. Это оказывает значительное влияние на конъюнктуру рынка услуг в здравоохранении.

11. «Форсирование» спроса пациентом. Для рынка услуг здравоохранения характерно нерациональное потребительское поведение. Это психологический фактор, особенность которого заключается в том, что пациент стремится получить максимальный объем услуг (настоять на дополнительных, а на самом деле, не нужных услугах, получении дорогого лекарства и т.п.). Этот фактор увеличивает спрос на медицинские услуги.

Говоря о развитии рынка услуг здравоохранения, характеризуя его особенности, мы не должны забывать о главных принципах доступности

и равных возможностей в получении медицинской помощи. Это усиливает роль государства в регулировании рынка медицинских услуг.

Современный рынок услуг здравоохранения - это обмен услугами и товарами медицинского назначения, организованный по законам товарного обращения, но осуществляемый под жестким контролем государства и общества.

### **Вопросы для семинара**

1. В чем достоинства и недостатки рыночной экономики?
2. Каковы функции рынка?
3. В чем специфика медицинской услуги как экономической категории?
4. Какие специфические черты рынка услуг здравоохранения Вам известны?
5. Что такое спрос на медицинскую услугу, цена спроса, объем спроса, эластичность спроса?
6. Каковы детерминанты спроса? Каким образом графически выражается соотношение спроса и цены?
7. Дайте определение предложения медицинской услуги, цены предложения, объема предложения, эластичности предложения
8. Каковы детерминанты предложения? Каким образом графически выражается соотношение предложения и цены?
9. Перечислите основные методы государственного регулирования рынка и покажите их связи.

### **Практические задания**

**Задание 1 .**Соотнесите термины и их содержание

- а.) рынок
- б) инфраструктура рынка
- в) развитое товарное производство
- г) рыночный механизм
- д) цена предложения
- е) цена спроса
- ж) объем спроса

- з) объем предложения
- и) рыночное равновесие
- к) эластичность спроса
- л) эластичность предложения
- м) экономика здравоохранения
- н) рынок медицинских услуг
- о) взаимодополняющие товары

1. Совокупность медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, реализуемых в условиях конкурентной экономики.

2. Совокупность отраслей видов деятельности, правовых норм, которая позволяет рынку четко и бесперебойно функционировать.

3. Совокупность экономических и организационно-правовых отношений, связанных с продажей и покупкой товаров.

4. Стадия развития рыночного производства при котором товарами становятся не только все продукты труда, но и рабочая сила, ресурсы производства и предпринимательство.

5. Состояние рынка, при котором все произведенные товары проданы.

6. Показатель относительного изменения предлагаемого на рынке количества товара в соответствии с относительным изменением конкурентной цены.

7. Минимальная цена, по которой продавец согласен продать определенное количество данного товара.

8. Наука, которая изучает использование объективных экономических законов в здравоохранении как одной из отраслей народного хозяйства

9. Количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене.

10. Связь и взаимодействие обособленных, формально не зависящих друг от друга, равноправных субъектов хозяйствования

11. Максимальная цена, которую покупатели согласны заплатить за определенное количество данного товара.

12. Показатель относительного изменения потребности на рынке определенного количества товара в соответствии с относительным изменением конкурентной цены.

13. Пары товаров, для которых рост цены одного приводит к падению спроса на другой.

14. Количество медицинских услуг, которое врачи и медицинские сестры могут оказать в определенный период времени по определенной цене.

**Задание 2** .В табл. 2 представлены данные, характеризующие различные ситуации на рынке производств медицинского реагента Б. 1.Изобразите кривую спроса и кривую предложения по данным табл.3.

Таблица 3

Цена, руб.	Объем спроса, кг в год	Объем предложения, кг в год
10	55	15
15	45	25
20	35	35
25	25	50
30	15	60

2. Если рыночная цена за кг. реагента равна 10 руб., что характерно для данного рынка - излишки или дефицит? Каков их объем?

3. Если рыночная цена за кг. реагента составит 25 руб., что характерно для данного рынка - излишки или дефицит? Каков их объем?

4. Чему равна равновесная цена на этом рынке?

5. Рост потребительских расходов повысил потребление реагента на 5 кг при каждом уровне цен. Каковы будут равновесная цена и равновесный объем производства?

**Задание 3. Выберите правильные варианты ответов**

1. ЕСЛИ РЫНОЧНАЯ ЦЕНА НИЖЕ РАВНОВЕСНОЙ, ТО

- 1) появляются избытки товаров
- 2) возникает дефицит товаров
- 3) формируется рынок покупателя
- 4) падает цена ресурсов

2. ЕСЛИ ПРЕДЛОЖЕНИЕ И СПРОС НА ТОВАР ВОЗРАСТАЮТ, ТО

- 1) цена повысится
- 2) увеличится общее количество товара
- 3) цена останется стабильной
- 4) благосостояние общества возрастет

3. ЕСЛИ ЦЕНА ТОВАРА НИЖЕ ТОЧКИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ КРИВОЙ СПРОСА И КРИВОЙ ПРЕДЛОЖЕНИЯ, ТО ВОЗНИКНЕТ

- 1) избыток
- 2) дефицита
- 3) растет безработица
- 4) все варианты неверны

4. ПОКУПКА ТОВАРОВ ПО НИЗКОЙ ЦЕНЕ НА ОДНОМ РЫНКЕ И ПРОДАЖА ЕГО ПО ВЫСОКОЙ ЦЕНЕ НА ДРУГОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) операцией с целью получения прибыли
- 2) средством повышения предложения на рынке с высоким уровнем цен
- 3) причиной ценовых различий на конкретных рынках
- 4) средством повышения спроса на рынке с высоким уровнем цен

5. ЗАКОН ПРЕДЛОЖЕНИЯ, ЕСЛИ ЦЕНЫ РАСТУТ, А ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ НЕИЗМЕННЫ, ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в росте предложения
- 2) в снижении предложения
- 3) в росте объема предложения
- 4) в падении объема предложения

6. СПРОС И ПРЕДЛОЖЕНИЕ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ДЛЯ ОБЪЯСНЕНИЯ КООРДИНИРУЮЩЕЙ РОЛИ ЦЕНЫ

- 1) на товарном рынке
- 2) на рынке ресурсов
- 3) на валютном рынке
- 4) на любом рынке

7. ВПОЛНЕ ВЕРОЯТНО, ЧТО ПРИЧИНОЙ ПАДЕНИЯ ЦЕНЫ НА ПРОДУКТ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рост налогов на частное предпринимательство
- 2) рост потребительских доходов
- 3) падение цен на производственные ресурсы
- 4) падение цены на взаимодополняющий товар

8. ЧТО МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПАДЕНИЕ СПРОСА НА ТОВАР X

- 1) уменьшение доходов потребителей
- 2) увеличение цен на товары заменяющие товар X
- 3) ожидание роста цен на товар X
- 4) падение предложения товара X

9. ЕСЛИ ДВА ТОВАРА ВЗАИМОЗАМЕНЯЕМЫ, ТО РОСТ ЦЕНЫ НА ПЕРВЫЙ ВЫЗОВЕТ

- 1) падение спроса на второй товар
- 2) рост спроса на второй товар
- 3) увеличение объема спроса на второй товар
- 4) падение величины спроса на второй товар

## ГЛАВА 4. СУЩНОСТЬ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ФОРМЫ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА. ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

*Предпринимательство: его сущность, организационно-правовые формы. Индивидуальная и коллективная формы предпринимательства в здравоохранении. Налоги и налогообложение в здравоохранении.*

*Издержки производства медицинских услуг. Себестоимость прибыль, цена, рентабельность в здравоохранении. Основа, принципы и этапы ценообразования в здравоохранении. Значение и пути снижения себестоимости.*

Предпринимательство - это деятельность, связанная с хозяйственным риском и направленная на поиск наилучших способов использования ресурсов, ведущаяся с целью извлечения дохода и преумножения собственности.

Предпринимательство - это открытая, легальная деятельность и организационно-правовые основы бизнеса регламентирует законодательная система. *Предприниматель имеет право:*

— начать и прекратить дело; Предпринимательская деятельность имеет свободный, инициативный характер; как правило, она начинается с составления бизнес-плана, то есть программы действий с момента возникновения идеи о создании предприятия до его вывода на проектную мощность, а завершиться может продажей предприятия за долги, ликвидацией, процедурой банкротства... У каждой формы бизнеса есть свой определенный среднестатистический срок жизни, как правило, более короткий у предпринимательства малых и средних масштабов;

— вести дело индивидуально или совместно, образуя индивидуально-частные предприятия или, наоборот, различного типа товарищества, партнерства, компании, корпорации и пр.;

- вступать в разнообразные хозяйственные контакты с другими предпринимателями и иными субъектами экономической деятельности, включая государство; выходить на внешние рынки;
- владеть, использовать и распоряжаться объектами своей собственности - продавать, покупать их, делить, объединять, арендовать, сдавать в аренду, дарить, наследовать, а так же совершать с принадлежащим ему имуществом все другие операции, не запрещенные законом;
- важнейшее и основное право предпринимателя состоит в том, чтобы получать прибыль и применять ее по своему усмотрению.

Права, как известно, не существуют в юридическом, как, впрочем, и в нравственном, морально-этическом понимании, в отрыве от соответствующих обязанностей.

*К обязанностям предпринимателя относятся:*

- привлечение рабочей силы на законных основаниях (трудовое соглашение для выполнения разовых работ, трудовой договор для более стабильных форм занятости, контракт, в котором могут быть учтены какие-либо индивидуальные условия найма);
- оплата труда наемных работников не ниже установленного законом минимального уровня;
- соблюдение прав персонала на нормированный рабочий день, на периодический отдых, на льготы, пособия, дополнительные выплаты, на создание различных общественных организаций, в том числе и призванных защищать интересы трудящихся перед лицом предпринимателя, например, на создание профессионального союза.
- оплата установленных государством налогов и отчет о своей деятельности перед налоговыми, следственными и другими правоохранительными органами.

*В ответственность предпринимателя входит:*

- ведение бухгалтерского учета придает предпринимателю обоснованную уверенность в своих действиях и стабилизирует финансово-экономическое

положение предприятия;

— денежные отчисления во внебюджетные фонды (страховые, пенсионные и т.п.);

— соблюдение правил строительства и землепользования;

— выполнение существующих требований таможенного, карантинного, экологического и санитарно-эпидемиологического режима;

— соблюдение соответствия выпускаемой продукции действующим стандартам, недопущение фальсификации товара.

Выделяют следующие основные формы предпринимательства: индивидуальные и коллективные.

*Индивидуальные формы* предпринимательства без образования и юридического лица в виде предприятия относятся к инициативному индивидуальному предпринимательству. Капитал предпринимателя не выделяется из его личного имущества. Риск распространяется на все его имущество. В здравоохранении имеется ограниченный опыт организации медицинского бизнеса на основе объединения усилий ряда предпринимателей (частнопрактикующих врачей, чей статус не определен законодательно). В целом индивидуальное предпринимательство занимает незначительное место и в производственном секторе. Оно базируется главным образом на ручном труде и универсальных малопродуктивных средствах производства и в недостаточной степени использует научно-технический прогресс.

В конце XX в. коллективные формы предпринимательства заняли доминирующее положение. Существуют следующие устоявшиеся *коллективные формы* деловой активности:

— хозяйственные товарищества;

— хозяйственные общества;

— акционерные общества;

— ассоциации, союзы.

*Хозяйственные товарищества* создаются в формах:

- полного товарищества;
- товарищества на вере (командитного товарищества).

*Полным товариществом* признается объединение двух предпринимателей (предприятий) и более. Создаваемое ими предприятие путем заключения договора предусматривает осуществление совместной деятельности и полную (неограниченную) ответственность по обязательствам товарищества.

*Товариществом на вере* признается объединение, в котором один или несколько его действительных членов несут полную ответственность по обязательствам товарищества, а остальные члены - вкладчики несут ответственность в пределах принадлежащей им доли капитала товарищества.

Для образования товарищества достаточно двух учредителей: один из них может быть директором, другой - главным бухгалтером с правом подписи. Для регистрации товарищества нужны протокол учредительного собрания и учредительный договор.

*Хозяйственные общества* создаются в формах:

- производственных кооперативов;
- обществ с ограниченной ответственностью.

*Производственный кооператив (ПК)* является специфической организационно-правовой формой коммерческой организации основанной на личном трудовом и ином участии ее членов. К отличительным чертам данной организационной формы можно отнести:

- раздел паевого фонда кооператива на паи участников, которые состоят из паевого взноса члена кооператива и соответствующей части чистых активов кооператива
- члены кооператива несут ответственность по его обязательствам в порядке, предусмотренном уставом;
- утрата членом кооператива права собственности на имущество, вносимое в паевой фонд в случае выхода из состава членов, сопровождается денежной

компенсацией.

*Общество с ограниченной ответственностью (ООО)* может состоять из двух и более участников. В их числе могут быть предприятия, учреждения, организации, а также граждане.

Сильными сторонами ООО являются возможность привлечения инвестиций путем вхождения в уставный капитал общества различными способами;- экономия на ресурсах и управленческой функции, а также распределение прибыли в порядке, предусмотренном уставом общества.

*Акционерное общество (АО)* - форма предприятия, средства которого образуются за счет объединения капитала, выпуска и размещения акций. *Акция* - ценная бумага, свидетельствующая о внесении владельцем определенной суммы денег в капитал акционерного общества и дающая право на получение ежегодного дохода - дивиденда из прибыли указанного общества. Акции могут быть различных видов: именные, акции на предъявителя, простые и привилегированные.

Различие между ООО и АО состоит главным образом в том, что в первом случае объединяются люди (предприниматели) для совместной работы, а во втором случае объединяется капитал для его совместного использования. В обоих случаях участники общества несут ответственность за результаты деятельности, ограниченную их собственными вкладами.

АО создается на основе добровольного соглашения юридических и физических лиц (в т. ч. иностранных), которые объединяют свои капиталы и ставят целью извлечение прибыли путем удовлетворения общественных потребностей в их продукции.

Отличительными признаками АО являются то, что уставный капитал разделен на акции одинаковой номинальной стоимости; акционеры несут риск в пределах стоимости принадлежащих им акций, при выходе рассчитывают на денежную компенсацию стоимости своего пакета акций, предложенного к продаже; распределение прибыли общества осуществляется в виде начисления и выплаты дивидендов по размещенным акциям.

В таблице 4 дана сравнительная характеристика организационно-правовых форм предпринимательской деятельности.

Таблица 4

**Характеристика основных организационно-правовых форм  
предпринимательской деятельности**

Существенная характеристика	ОАО	ЗАО	ООО	Производственный кооператив
Участие юридических лиц	Нет ограничений	Нет ограничений	Нет ограничений	Может быть предусмотрено уставом
Число участников	Минимальное - 1, максимальное - без ограничений	Минимальное - 1, максимальное - 50	Минимальное - 1, максимальное - 50	Минимальное - 5, максимальное - без ограничений
Минимальный размер уставного капитала	Не менее 1000 МРОТ	Не менее 100 МРОТ	Не менее 100 МРОТ	Нет ограничений
Выпуск акций	Обязателен	Обязателен	Не предусмотрен	Запрещен
Принятие решения общего собрания	Число голосов соответствует количеству принадлежащих акций, если иное не оговорено в уставе	Число голосов соответствует количеству принадлежащих акций, если иное не оговорено в уставе	Количество голосов пропорционально размеру доли в уставном капитале, если иное не оговорено в уставе	Каждый член имеет один голос
Порядок и периодичность распределения прибыли	Начисление и выплата дивидендов осуществляется на размещенные акции по результатам 1-го квартала, полугодия, девяти месяцев и года или по результатам года	Начисление и выплата дивидендов осуществляется на размещенные акции по результатам 1-го квартала, полугодия, девяти месяцев и года или по результатам года	Пропорционально размеру доли в уставном капитале (если иное не оговорено в уставе) ежеквартально, раз в полгода (год)	50% суммы прибыли - пропорционально паевым взносам, 50% - в соответствии с трудовым участием
Формирование фондов	Резервный - в обязательном порядке, размер по уставу (но не менее 5% уставного капитала). Специальный фонд - по желанию	Резервный - в обязательном порядке, размер по уставу (но не менее 5% уставного капитала). Специальный фонд - по желанию	По желанию	По желанию

В 2004 году Правительство РФ приняло постановление № 249 «О мерах по повышению результативности бюджетных расходов». В этой связи предусмотрена возможность преобразования государственных учреждений в организации иной формы (автономные учреждения - АУ), способные функционировать в рыночной среде. Принципиальное отличие данной организационно-правовой формы – особое право владения, распоряжения и пользования имуществом. Не особо ценное движимое имущество, денежные средства, материальные запасы, инструменты, мебель и т.п. переходят в самостоятельное распоряжение АУ и доходы от его использования не учитываются в доходах бюджета. Основная деятельность АУ связана с выполнением госзаказа, а сверх заказа возможно оказание платных услуг.

Таким образом, новые рыночные механизмы хозяйствования и управления меняют привычные функции менеджмента в организациях и учреждениях здравоохранения. При всей важности форм и способов организации предпринимательской деятельности наиболее существенным фактором, связанным со стратегией формирования результатов медицинской деятельности, является обеспечение экономической эффективности бизнеса - как важнейшей функции современного менеджмента. В этом плане все большее значение приобретает налоговое регулирование предпринимательской деятельности.

Среди множества экономических рычагов, при помощи которых государство воздействует на рыночную экономику важное место занимают налоги. Налог может быть рассмотрен с различных точек зрения (государства, налогоплательщика, общества и т. д.), исходя из его правовых, экономических или иных особенностей. Так, точки зрения современного государства, налоги представляют собой основные денежные публично-правовые доходы государства, с точки зрения общества налоги могут быть рассмотрены как выплаты государству, предназначенные для обеспечения решения государством задач, стоящих перед обществом. С позиции налогоплательщика, налог может быть и как юридическая обязанность, и как

процесс ее исполнения — платеж, и как не являющееся наказанием законное ограничение его права собственности, и как один из результатов экономической деятельности и т. д. В *экономическом* аспекте налог можно представить как последствие определенной экономической деятельности и как платеж. В *правовом* отношении налог является правовым последствием, юридически обязателен и может быть взыскан принудительно.

*Под налогом* понимается обязательней, индивидуально безвозмездный платеж, взимаемый с организаций и физических лиц в форме отчуждения принадлежащих им на праве собственности, хозяйственного ведения или оперативного управления денежных средств в целях финансового обеспечения деятельности государства и (или) муниципальных образований.

Можно выделить следующие основные признаки налога:

- безвозмездность;
- индивидуальность;
- уплата в целях финансового обеспечения деятельности публично-правовых образований или в иных экономически значимых публичных целях.
- обязательность;
- уплата в денежной форме.

В структуре налогов Российской Федерации применительно к юридическим лицам ведущую роль играют налог на прибыль, налог на добавленную стоимость, налог на имущество

*Налог на прибыль в здравоохранении.* В бюджетной медицинской организации введен аналитический отдельный учет средств, полученных в рамках целевого финансирования и от предпринимательской деятельности. Бюджетные ЛПУ не платят налог на прибыль с доходов, полученных в виде бюджетных ассигнований, но облагаются налогом в случае предпринимательства.

Средства, полученные коммерческими организациями за оказанные медицинские услуги, в том числе в рамках исполнения программ

обязательного медицинского страхования, учитываются в составе доходов, и полученная прибыль облагается налогом в установленном порядке

Не подлежит налогообложению прибыль ЛПУ всех организационно-правовых форм, полученная от реализации произведенной ими медицинской продукции, входящей в перечень жизненно важных лекарственных средств, изделий медицинского назначения.

Для выполнения разных программ и на проведение научных исследований выделяются гранты. Грант, полученный от иностранной организации, не включается в налоговую базу по налогу на прибыль только в том случае, если эта организация включена в Перечень, утвержденный постановлением Правительства РФ от 24.12.2002 г. № 923. Если гранты используются не по назначению, то они включаются во внереализационные доходы.

В первые два года работы не уплачивают налог на прибыль малые предприятия, осуществляющие производство медицинской техники, лекарственных средств и изделий медицинского назначения. При этом днем начала работы предприятия считается день его государственной регистрации.

Не являются плательщиками налога на прибыль организации, перешедшие на уплату единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности.

Доходы в виде средств и иного имущества, полученные в виде безвозмездной помощи в порядке, установленном Законом не учитываются при определении налоговой базы по налогу на прибыль.

*Налог на добавленную стоимость в здравоохранении.* Большинство медицинских услуг и товаров налогом на добавленную стоимость не облагается.

Не подлежит налогообложению на территории Российской Федерации реализация следующих медицинских товаров отечественного и зарубежного производства:

- важнейшей и жизненно необходимой медицинской техники (см. перечень утвержденный постановлением Правительства РФ от 17.01.2002 г. № 19);
- протезно-ортопедических изделий, сырья и материалов для их изготовления и полуфабрикатов к ним;
- технических средств, включая автотранспорт, материалы которые могут быть использованы исключительно «для профилактики инвалидности или реабилитации инвалидов»;
- очков (за исключением солнцезащитных), линз и оправ для очков (за исключением солнцезащитных).

Медицинские услуги, которые не облагаются НДС, перечислены в пп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ. К ним относятся:

- услуги, которые оказываются в рамках обязательного медицинского страхования;
- прием донорской крови по договору со стационарными лечебными учреждениями и поликлиниками;
- услуги скорой медицинской помощи;
- услуги беременным женщинам, новорожденным, инвалидам и наркологическим больным;
- услуги по дежурству медицинского персонала у постели больного;
- услуги патологоанатомические;
- ветеринарные и санитарно-эпидемиологические услуги, которые финансируются из бюджета;
- услуги, которые перечислены в Перечне, утвержденном постановлением Правительства РФ от 20.02.2001г. № 132 В указанный Перечень вошли санитарное просвещение, а также диагностика, профилактика и лечение, если их оказывают:
  - амбулаторно — в поликлиниках или же во время доврачебной медицинской помощи, включая медицинскую экспертизу;
  - в стационаре; том числе и медицинская экспертиза);

— в дневных стационарах службами врачей общей (семейной) практики (включая медицинскую экспертизу).

Если медицинские организации полностью или частично финансируются из бюджета или из средств фонда обязательного медицинского страхования, то не облагается НДС реализация продуктов питания, произведенных столовыми.

Не облагаются НДС услуги аптек по изготовлению лекарств, очковой оптики (кроме солнцезащитной); ремонту льготной очковой оптики, слуховых аппаратов и протезно-ортопедических изделий; оказанию протезно-ортопедической помощи.

*Налог на имущество в здравоохранении.* Объект здравоохранения — это единый имущественный комплекс, в который входят основные средства, функционально предназначенные и используемые для нужд здравоохранения. Все основные средства лечебной организации (медицинское оборудование или административное здание) можно рассматривать как единый объект.

Первоначально определяется среднегодовая стоимость имущества предприятия, и ставка налога на имущество взимается в зависимости от вида деятельности предприятия. Предельный размер налоговой ставки не может превышать 2% от налогооблагаемой базы.

Объекты природопользования (земельные участки, водные объекты и другие природные ресурсы) налогом на имущество не облагаются. Медицинским организациям следует вести обособленный учет таких объектов. В декларации по налогу на имущество стоимость их показывать не надо.

Если медицинская организация сдает часть помещения в аренду, она не должна платить налог на имущество со всего здания. Основные средства ЛПУ, которые находятся в сданной в аренду части здания могут быть перенесены в другую часть здания (например, компьютеры, шкафы, столы), то с них налог на имущество придется заплатить.

Налоги снимаются с налогооблагаемой базы, формирование которой зависит от уровня цены. Поэтому для предпринимателя очень важно правильно проводить ценовую политику. В процессе ее разработки следует руководствоваться следующими понятиями.

*Стоимость (себестоимость)* – это денежное выражение труда (затрат), вложенного в производство услуги.

*Цена* – это та сумма денежных средств, за которую продали услугу. Цена услуги складывается из ее себестоимости и прибыли.

Затраты, входящие в себестоимость, можно разделить на постоянные и переменные издержки. Другими словами, стоимость основных и оборотных средств ЛПУ в процессе производства медицинских услуг лежит в основе формирования постоянных и переменных расходов (издержек) в здравоохранении.

*Постоянные расходы (издержки)* в здравоохранении практически не реагируют на изменение объемов оказания услуг. В медицинских учреждениях к постоянным расходам относятся:

- основная заработная плата медицинского персонала по категориям, не имеющим стимулирования за результаты деятельности (за выполнение объемов услуг), в рамках основного оклада по тарификации без учета подработок и надбавок;
- основная и дополнительная заработная плата административно-управленческого, общепольничного персонала (без учета премий за результаты деятельности);
- размер единого социального налога, приходящийся на долю этой заработной платы;
- командировочные расходы;
- амортизационные расходы на мягкий инвентарь по параклиническим отделениям и вспомогательным службам;
- затраты на приобретение оборудования; канцелярские и хозяйственные расходы;

— организационные расходы, расходы по лицензированию и аккредитации;  
— суммы штрафов, пени и другие санкции за нарушение общехозяйственных договорных отношений и т. п.

В стоимости койко-дня доля постоянных расходов составляет 42,4% (оплата, кроме труда с начислениями, медикаментов, питания, мягкого инвентаря); в стоимости амбулаторно-поликлинического посещения - 32,6%; в стоимости вызова скорой медицинской помощи - 49,5%.

*Переменные расходы (издержки)* на оказание медицинской помощи изменяются прямо пропорционально с изменением объема оказания услуг. К переменным расходам относятся:

— основная заработная плата медицинского персонала в части сумм оплаты за результаты деятельности;  
— дополнительная заработная плата медицинского персонала (включая заработную плату за время отпуска, доплату за работу в ночное время и праздничные дни и другие выплаты сверх основной заработной платы);  
— премии персонала, связанные с результатами деятельности и сдельные доплаты;  
— единый социальный налог, приходящийся на долю этой заработной платы;  
— расходы на питание;  
— расходы на медикаменты и перевязочные средства;  
— расходы на мягкий инвентарь и обмундирование и т. п.

Доля переменных расходов в единице медицинской помощи по видам — стационарная, амбулаторно-поликлиническая, скорая составляет соответственно: 57,6%, 67,4, 50,5% (расчеты осуществлены по данным Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства РФ в 1998 г. и имеющей редакции 2000 и 2001 гг.).

В таблице 5 представлено уменьшение и увеличение затрат в зависимости от изменения объемов реализации услуг.

**Взаимозависимость изменения затрат и объемов реализации  
товаров и услуг**

Объем реализации услуг	Переменные затраты		Постоянные затраты	
	Суммарные	На единицу услуг	Суммарные	На единицу услуг
Растет	Увеличиваются	Неизменны	Неизменны	Уменьшаются
Падает	Уменьшаются	Неизменны	Неизменны	Увеличиваются

В деятельности ЛПУ учитываются и валовые издержки.

*Валовые (общие) издержки* равны сумме постоянных и переменных издержек производства медицинских услуг.

Общие расходы (издержки) формируют себестоимость оказания медицинских услуг (СБ).

$$СБ = Пез * О + ПоЗ$$

Где, Пез – удельные переменные расходы, приходящиеся на единицу медицинской помощи;

О – объем услуг;

ПоЗ – постоянные расходы на оказание услуг.

Цена платной медицинской услуги должна не только покрыть ее себестоимость, но и обеспечить получение прибыли :

$$Ц = СБ + ПР$$

Где, СБ – себестоимость продукции;

ПР - прибыль.

*Прибыль* выступает как разница между ценой, по которой реализуется продукция (услуга), и себестоимостью:

$$ПР = Ц - СБ$$

На практике прибыль от реализации продукции (услуг, работ) определяется как :

$$ПР = В - СБ$$

$$В = Ц_1 \times O_1 + Ц_2 \times O_2 + Ц_3 \times O_3 + \dots \dots Ц_n \times O_n$$

Где, В – выручка от реализации услуг в действующих ценах (без НДС и акцизов);

СБ – себестоимость продукции;

Ц – цена одной услуги данного вида ;

O<sub>n</sub> – количество услуг данного вида, количество видов услуг = от 1 до n

*Выручка (В)* - денежное выражение реализации услуг (без акцизов и НДС).

$$B = \sum (Ц * K)$$

Где, Ц – цена одной услуги;

К – количество услуг данного вида.

Плановая выручка от реализации услуг рассчитывается как произведение цены услуги на их количество. Поскольку в учреждениях выполняются разные услуги и по ценам и по количеству, может использоваться знак суммы ( $\Sigma$ ). Кроме того, фактическая выручка равна

$$B = СБ + ПР$$

Где, В<sub>р</sub> – выручка от реализации услуг в действующих ценах

СБ – себестоимость продукции;

ПР - прибыль.

$$ПР = В - СБ$$

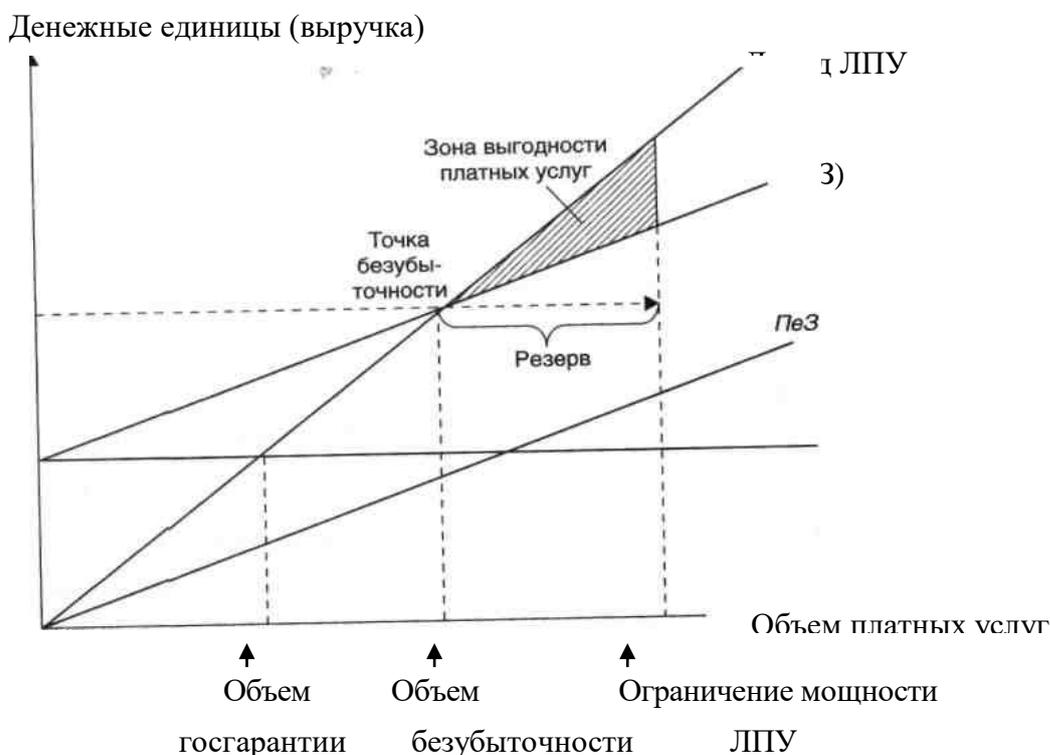
$$ПР = \sum (Ц * K) - (Пез + ПоЗ)$$

На величину получаемой в организации (учреждении) прибыли влияют выручка от реализации услуг и их себестоимость.

При планировании объема производства платных медицинских услуг необходимо выявить точку безубыточности, т.е. тот рубеж объема реализации услуг, при котором деятельность по предоставлению медицинских услуг не имеет убытков, но и не приносит прибыли. Многие экономисты называют

точку безубыточности порогом рентабельности. Этот «порог» при планировании деятельности следует перешагнуть, чтобы выжить.

На рис.7 представлен расчет объема услуг, обеспечивающего безубыточность деятельности ЛПУ.



**Рис. 7. Расчет объема услуг, обеспечивающего безубыточность деятельности ЛПУ**

Цена на медицинскую услугу больше себестоимости на величину прибыли. Мировой опыт показывает, что достаточный уровень прибыли в цене 8-10%.

*Объем услуг, обеспечивающий безубыточность деятельности:*

$$O = \text{ПоЗ} : (\text{Ц} - (\text{ПеЗ} : \text{Опл}))$$

Где, ПоЗ – постоянные расходы на оказание услуг;

Ц ед – цена единицы медицинской помощи;

ПеЗ – удельные переменные расходы, приходящиеся на единицу медицинской помощи;

Опл – плановый объем услуг.

Формула позволяет планировать рациональное сочетание объемов услуг по потокам больных (бюджет - ОМС - ДМС - платные), обеспечивающее ЛПУ покрытие расходов и позволяющее получить прибыль. Объем услуг может быть рассчитан и по всей совокупности платных услуг, тогда  $C$  будет представлять среднюю величину по всему объему оказываемых услуг. Формула пригодна как для расчета объема и финансового наполнения госзаказа, так и для расчета порога рентабельности при развитии платных услуг населению.

*Маржинальный доход (МД)* определяется как:

$$МД = ПР + ПоЗ \quad \text{или}$$

$$МД = В - ПеЗ$$

Где, ПоЗ – постоянные расходы на оказание услуг;

ПР - прибыль.

*Валовая прибыль (ПРв)* определяется как:

$$ПРв = В - Ио$$

Где, Ио - расходы по содержанию и обслуживанию учреждения.

*Валовой доход (ВД):*

$$ВД = ЗП + ПРв,$$

Где, ЗП- заработная плата.

*Чистая прибыль (ПРч):*

$$ПРч = ПР - Н$$

Где, Н- налоги (могут еще вычитаться % за кредит).

*Условно-чистая прибыль (ПРуслч)* определяется как:

$$ПРуслч = В - Н - НаО$$

Где, НаО - норма амортизационных отчислений; В - выручка; Н-налог.

*Бухгалтерская прибыль (ПРб)* определяется как:

$$ПРб = В - ПС \quad \text{или}$$

$$ПРб = В - СБ$$

С точки зрения оценки результата деятельности бухгалтерская прибыль представляет собой не окончательный финансовый результат. Бухгалтерская прибыль - это прибыль по балансу, поэтому ее еще называют балансовой прибылью.

На деле окончательный финансовый результат деятельности будет отличаться от результата на бумаге по балансу на величину корректировки бухгалтерской прибыли в зависимости от расходов, принимаемых в целях налогообложения прибыли. Например, бухгалтерская прибыль будет отличаться от реальной на величину не включенного в последнюю превышения фактических командировочных расходов над их нормируемой величиной.

*Экономическая прибыль (ПРэ):*

$$ПРэ = ВД - Иув$$

где, Иув - издержки упущенных возможностей.

С помощью данного показателя возможна оценка альтернативной эффективности, ожидаемой от деятельности. Поэтому при выборе форм организации коммерческой (предпринимательской) деятельности руководителю должны быть представлены варианты расчетов.

*Норма прибыли - Рентабельность (Р)*

$$P = (ПР : СБ) * 100\%.$$

Показатель характеризует результативность предпринимательской деятельности в здравоохранении. В бюджетном ЛПУ используется для оценки эффективности оказания платных медицинских услуг населению, программ добровольного медицинского страхования.

На практике в здравоохранении наиболее распространенной является «модель цены», включающая себестоимость и прибыль, рассчитанную на основе принятого уровня рентабельности:

$$Ц = С + ПР \rightarrow ПР = С * Р \rightarrow Ц = СБ + (СБ * Р)$$

В настоящее время различают 5 вариантов расчета цен на медицинские услуги:

1. Расчет тарифа в системе ОМС.
2. Расчет цены по методу «усредненные издержки + прибыль».
3. Расчет на основе уровня текущих цен.
4. Расчет цен с использованием пошагового метода учета затрат.
5. Расчет цены в соответствии со стандартом медицинской помощи.

Последний вариант расчета очень трудоемок, но является точным отражением экономических интересов ЛПУ и решает проблему «цена-качество». Этот современный подход к ценообразованию применим как в системе обязательного медицинского страхования, так и при организации платной медицинской помощи. В отличие от других методик, здесь главный ресурсоформирующий показатель – стоимость «пролеченного больного» складывается из простых и сложных медицинских услуг, рассчитанных на основе технологически необходимых затрат.

В соответствии с методикой расчета затрат на медицинские услуги все расходы делятся на прямые и накладные.

*Прямые расходы:* расходы на оплату труда основного персонала отделения, начисленные по всем основаниям; начисления на заработную плату (от суммы основной и дополнительной заработной платы, премий и надбавок - единый социальный налог (26,2%); материальные затраты, к которым относятся стоимость материальных ресурсов, потребляемых в процессе оказания услуги целиком (медикаменты, расходные материалы, перевязочные средства, одноразовые принадлежности и т. д., продукты питания) или частично (амортизация оборудования и мягкого инвентаря, используемого при оказании услуги).

*Накладные (косвенные) расходы:*

- расходы на оплату труда (основную и дополнительную) и единый социальный налог на оплату труда административно-хозяйственного и вспомогательного персонала;
- канцелярские и хозяйственные расходы по фактически произведенным затратам;
- командировочные расходы и расходы на служебные разъезды;
- расходы на спецпитание и спецодежду сотрудников;
- амортизация немедицинского оборудования и мягкого инвентаря за вычетом используемого в основных подразделениях (например, параклиника для стационара при расчете койко-дня);
- расходы на капитальный ремонт зданий в размере годового износа зданий и сооружений;
- прочие расходы (оплата медицинского кислорода, тара, нематериальные активы : программные продукты, сигнализация, дезинсекция и т. п.);
- коммерческие расходы (реклама, представительские расходы и т. д.); добровольное страхование (медицинское в пользу работников, а также имущественное, гражданской и профессиональной ответственности) и налоговые обязательства (лицензионные сборы, пошлины, налоги в дорожные фонды, местные и иные налоги и сборы).

Прямые затраты относятся непосредственно на расходы по оказанию конкретной услуги. Косвенные затраты списываются на расходы конкретной услуги пропорционально критериям, принятым в учетной политике учреждения. Например, распределение можно производить пропорционально выручке от реализации платных услуг, оплате труда медицинского персонала, прямым расходам и т. д.

Анализ практики использования цен на медицинские услуги в некоммерческом учреждении позволил составить алгоритм расчета цены стационарной и амбулаторно-поликлинической услуги. Алгоритм методики расчета ценообразования на медицинские услуги представлен в таблице 6.

## Алгоритм методики расчета ценообразования на медицинские услуги

Наименование статей расходов	Расчетные формулы	Условные обозначения
<b>ПРЯМЫЕ РАСХОДЫ</b>		
1.Заработная плата основного персонала ( $Z_{по}$ ):		$Z_o$ — основная заработная плата по тарификации;
- на один койко-день ( $к/д$ )	$\frac{Z_o + Z_{ох} * K_{доп}}{\text{Количество } к/д}$	$K_{доп}$ — коэффициент дополнительной заработной платы;
- на одно исследование	$\frac{\sum(Z_{сд} * K_{д})}{\sum(\Phi ЭВ_{д})} * T_{и}$	$Z_{сд}$ — средняя заработная плата по тарификации по должностям персонала (врачи, средний, младший); $K_{д}$ — количество должностей медицинского персонала; $\Phi ЭВ_{д}$ — фонд эффективного рабочего времени по должностям; $T_{и}$ — время проведения конкретного исследования
Начисления на заработную плату ( $Нч$ )	$0,262 \times \Phi ОТ_{т}$ $\frac{\text{Количество } к/д}{\text{или } (\Phi ЭВ)}$	$0,262$ (26,2%) - ЕСН; $\Phi ОТ_{т}$ — фонд оплаты труда основного персонала по тарификации
Медикаменты, расходные материалы, перевязочные средства ( $Мф$ ):		$Р_{м1б}$ — фактический расход медикаментов на одного больного профильного отделения;
- на один койко-день	$\frac{\sum(R_{м1б} * C_{еж} * CС)}{\text{Количество } к/д}$	$СС$ — средние сроки пребывания больных в стационаре по профилям; $\Phi РМ_{о}$ — фактический расход медикаментов в отделении оказания услуги;
- на одно исследование	$\frac{\Phi РМ_{о}}{\Phi ЭВ} * T_{и}$	$C_{еж}$ — среднее количество больных
Питание ( $П$ )	$\sum(D_{но} * C_{п}) * \text{Количество } к/д$	$D_{но}$ — дневная норма потребления продуктов питания по отделению; $C_{п}$ — цена соответствующего продукта питания

Продолжение таблицы 5		
Мягкий инвентарь (износ мягкого инвентаря) ( <i>Им</i> )	$\frac{(Нед+Нмд+Нк)*Кд(к)}{\text{Количество к/д или } (ФЭВ)}$	<i>Нед</i> — норма расхода мягкого инвентаря на врачебную должность; <i>Нмд</i> — норма расхода мягкого инвентаря на медицинскую должность; <i>Нк</i> — норма расхода мягкого инвентаря на профильную койку; <i>Кд(к)</i> — соответственно количество врачебных должностей, медицинских должностей, профильных коек
Расходы на приобретение оборудования(износ -амортизация основного медицинского оборудования (линейный способ)) ( <i>АО</i> )	$\frac{Бс * На}{\text{Количество к/д или } (ФЭВ)}$	<i>АО</i> — износ (амортизационные отчисления) основного оборудования отделения; <i>Бс</i> — балансовая стоимость оборудования; <i>На</i> — норма амортизационных отчислений по соответствующей группе оборудования
<b>КОСВЕННЫЕ РАСХОДЫ</b>		
Общеучрежденческие (накладные расходы) ( <i>ОУ</i> )	$ОУ = Кнр * Зо$ $Кнр = \frac{ОНР}{ФОТу}$	<i>ОУ</i> — общеучрежденческие накладные расходы, приходящиеся на конкретную услугу; <i>Зо</i> — основная заработная плата основного персонала профильного отделения оказания услуги; <i>Кнр</i> — коэффициент общеучрежденческих расходов по учреждению в целом; <i>ОНР</i> — общеучрежденческие расходы по учреждению в целом; <i>ФОТу</i> — фонд оплаты труда основного персонала

В практике здравоохранения сегодня действует целый набор цен на услуги, отличающихся между собой полнотой включения затрат.

При этом учитываются:

- 1) *бюджетные оценки*, ориентированные на выделенные средства по бюджету, которые не включают в стоимость услуги целый ряд расходов;
- 2) *тарифы ОМС*, включающие в стоимость медицинской услуги пять видов расходов (кодов экономической классификации расходов) – оплата труда; начисления (единый социальный налог); питание; медикаменты; мягкий инвентарь.

Тарифы разрабатываются согласительной комиссией, коллегиальным межведомственным органом. По единому тарифному соглашению сегодня установлены тарифы стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. Расчеты тарифов осуществляются на основе усреднения данных по многим ЛПУ.

Часто официальной и объективной версией снижения тарифов является факт невыполнения обязательств по погашению взноса в бюджет на неработающее население и передача финансовых полномочий по медицинскому обслуживанию этой категории фактически в ОМС.

Применение на практике единых тарифов для различных уровней ЛПУ для оплаты медицинской помощи возможно лишь в случаях унификации медицинских технологий и используемых ресурсов. Близкие по расходам учреждения целесообразно объединять в одну группу и формировать групповые тарифы. Также индивидуальные тарифы экономически оправданы для высокоспециализированной медицинской помощи, новых медицинских

технологий. Пока же от усреднения тарифов выигрывают небольшие ЛПУ, преимущества имеют поликлиники по сравнению со стационарами;

- 3) *цены на уровне фактической себестоимости оказания услуги*;
- 4) *договорные цены для программ добровольного медицинского страхования (ДМС) и цены платных услуг*, в основе которых лежат фактические расчеты и коэффициенты повышения себестоимости. Прибыль

как экономическая категория правомерна лишь в коммерческих организациях здравоохранения, в бюджетных учреждениях повышение договорных цен над фактической себестоимостью возможно на коэффициент рентабельности или на коэффициент на развитие. Предельная величина повышений в ДМС определяется договором и может быть достаточно высокой. Маркетинговые исследования рынка медицинской услуги помогают сделать правильный выбор размера повышения цены над себестоимостью. Появился даже термин "ценовая политика", который предполагает знание экономической природы процессов ценообразования в здравоохранении.

Многие органы управления здравоохранением стараются регламентировать процессы повышения цен сверх себестоимости на возмездные услуги в бюджетных ЛПУ, практически установился максимальный предельный размер рентабельности на уровне 25%, хотя в коммерческих организациях известны случаи и 500% рентабельности;

5) *рыночные цены*, предполагающие наличие официальной среднерыночной цены на медицинские услуги, а также знание налогового законодательства.

Фактические цены на товары, работы, услуги не могут колебаться больше чем на 20% от их среднерыночного значения (как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения). Среднерыночной признается цена на услуги, сложившаяся под воздействием спроса и предложения на рынке идентичных услуг в сходных экономических условиях.

Объединяя методы ценообразования в здравоохранении, изложенные в отраслевых нормативных документах, можно сформулировать единую позицию по калькулированию расходов ЛПУ и расчету коэффициентов сверх затрат. Для этого, в соответствии с экономической классификацией расходов трудоемкость медицинской услуги измеряется в условных единицах труда. Одна условная единица труда приравнивается в зависимости от профиля выполняемых услуг к 10-25 минутам рабочего времени. При определении трудоемкости услуги учитывается время, затрачиваемое на

непосредственное оказание услуги. При расчете определенной условной единицы труда время, затрачиваемое специалистами на выполнение услуги, умножается на нормативные коэффициенты использования рабочего времени (*Кэф*) приведенные в таблице 7.

Таблица 7

**Нормативные коэффициенты использования рабочего времени**

Наименование должности (специальности)	Нормативный коэффициент, <i>Кэф</i>
Врач-терапевт, врач-педиатр врач-хирург (амбулаторно-клинического учреждения или больничного учреждения)	0,923
Врач клинической лабораторной диагностики	0,750
Медицинская сестра по специальности лабораторная диагностика	0,800
Врач-рентгенолог, медицинская сестра по специальности рентгенология	0,900
Врач функциональной диагностики	0,840
Врач ультразвуковой диагностики	0,850
Врач-эндоскопист	0,850
Врач по лечебной физкультуре	0,923
Врач-физиотерапевт	0,923
Врач-психиатр, врач психиатр-нарколог	0,923
Врач-логопед	1,000
Медицинская сестра по специальности медицинский массаж	0,770
Медицинская сестра по специальности физиотерапия	1,120

Для определения расходов на оплату труда всего основного персонала организации за анализируемый период отдельно рассчитывается основная заработная плата, т. е. величина заработной платы, установленной в соответствии со штатными должностями организации, и дополнительная заработная плата, т. е. суммы выплат компенсационного характера. В дополнительную заработную плату включаются:

— выплаты за работу в ночное время;

- выплаты за работу в праздничные и выходные дни;
- оплата очередных ежегодных и дополнительных отпусков (компенсаций за неиспользованный отпуск);
- компенсация женщинам, находящимся в частично оплачиваемом отпуске по уходу за ребенком;
- выходные пособия;
- оплата приглашенных специалистов (консультантов);
- оплата времени учебы с отрывом от производства в системе повышения квалификации и переподготовки кадров;
- надбавка за работу с секретными материалами;
- ежемесячная премия;
- персональная надбавка;
- оплата больничного листа;
- оплата пособий из ФСС России;
- премии и материальная помощь работникам;
- оплата дополнительно предоставляемых (сверх предусмотренных законодательством) отпусков работникам.

Затраты на оказание сложных и комплексных медицинских услуг определяются суммированием затрат на простые услуги в соответствии с номенклатурой и кратностью проведения простых медицинских услуг, входящих в состав сложной и комплексной медицинской услуги.

При расчете затрат на сложные и комплексные услуги учитываются расходы по оплате стоимости услуг, выполняемых в других организациях (при отсутствии возможности их выполнения в данной организации). В тех случаях, когда имеющиеся условные единицы труда не коррелируются со значением нормативов выполнения той или иной услуги (выполнение услуги на дому, усложнение или упрощение технологии предоставления услуги и др.), в расчетах могут применяться следующие поправочные коэффициенты представлены в таблице 8.

**Коэффициенты, используемые при калькуляции расходов**

Наименование поправочного коэффициента	Значение
Коэффициент сложности	2,0
повышающий - понижающий	0,1
Коэффициент субспециальности	2,0
Коэффициент условий выполнения услуги	
- на дому	3,0
- скорая и неотложная медицинская помощь в условиях города	1,5

*Коэффициент сложности* повышающий и понижающий (применяется в случае усложнения или упрощения методики выполнения услуги, выполнения услуги высококвалифицированным специалистом и др.);

*Коэффициент субспециальности* (применяется в случае выполнения услуги специалистом, имеющим дополнительную специализацию, например врач гинеколог-эндокринолог);

*Коэффициент условий выполнения услуги* (применяется в случае, если условия выполнения услуги требуют дополнительных затрат, например выполнение услуги "на дому");

*Коэффициент маржинальности* (применяется в случае расчета УЕТ для сложной услуги, состоящей из простых услуг, выполняемых одновременно). Значения коэффициента маржинальности в зависимости от количества выполняемых параллельно работ и услуг представлены в табл. 9.

Снижение себестоимости медицинских услуг имеет важное экономическое значение. Снижение выражает в денежной форме уменьшение затрат труда на единицу продукции, отражающее рост производительности труда, повышение эффективности производства. При неизменной цене снижение себестоимости увеличивает прибыль ЛПУ.

## Значения коэффициента маржинальности

Количество услуг	Значение коэффициента
2	1,5
3	1,2
4	1,0
5	0,8
6	0,6
7	0,5
8	0,42
9	0,38
10	0,34
11	0,3

К основным путям снижения себестоимости медицинских услуг можно отнести:

1. Рост производительности труда работников: например, увеличить количество оказываемых медицинских услуг при одновременном обеспечении их достаточно высокого качества без увеличения количества работников на основе внедрения нового лечебного и диагностического оборудования, прогрессивных медицинских технологий, улучшения организации лечебного процесса, научной организации труда, повышения уровня квалификации медицинского персонала.

2. Экономичное расходование материальных ресурсов, в том числе топлива, электроэнергии, газа, бережливое отношение к мягкому инвентарю, мебели. Рациональное назначение лекарственных средств с учетом медицинского эффекта и стоимости.

3. Эффективное использование основных фондов: лечебного и диагностического оборудования, производственных площадей.

4. Сокращение непроизводительных затрат, излишних административно-управленческих расходов и т.п.

Однако снижение себестоимости - не самоцель, оно не должно вести к ухудшению качества медицинского обслуживания.

### **Вопросы для семинара**

1. Что такое предпринимательство и можно ли выявить его отличия от других видов экономической деятельности?
2. Какие основные стороны предпринимательской деятельности, как правило, регламентируются законом? Выгодна ли, по Вашему мнению, такая регламентация самому бизнесмену?
3. В чем состоят преимущества и недостатки индивидуального предпринимательства в здравоохранении?
4. Какое можно дать определение понятию «цена медицинской услуги»?
5. Что такое издержки предприятия и из каких основных элементов они образуются?
6. Какие основные показатели результатов хозяйствования медицинской организации Вам известны?
7. Каковы основные принципы маркетинга в здравоохранении?
8. На какие конкретные вопросы надо ответить руководителю ЛПУ, предлагая потребителям новую или усовершенствованную услугу?

### **Практические задания**

**Задание 1.** Соотнесите термины и их содержание

- а) предпринимательство
- б) основные средства
- в) оборотные средства
- г) общественно необходимые затраты труда
- д) добавленная стоимость
- е) постоянные издержки
- ж). переменные издержки
- з) валовые издержки

- и) медицинская услуга
- к) себестоимость услуги
- л) прибыль
- м) рентабельность
- н) налог

1. Затраты предприятия, включающие постоянные и переменные издержки.
2. Рыночная цена продукции предприятия за вычетом стоимости потребленного сырья и материалов, купленных у поставщиков.
3. Обязательный, индивидуальный безвозмездный платеж, взимаемый с организаций и физических лиц денежных средств.
4. Средства, которые участвуют лишь в одном производственном цикле, перенося свою цену на готовый продукт сразу, целиком.
5. Деятельность, связанная с хозяйственным риском и направленная на поиск наилучших способов использования ресурсов, ведущаяся с целью извлечения дохода и преумножения собственности.
6. Издержки предприятия, которые изменяются в краткосрочном периоде в зависимости от интенсивности ведения хозяйства
7. Разность между стоимостью продукции, произведенной фирмой, и суммой уплаченной другим фирмам за приобретенное сырье, материалы (промежуточную продукцию)
8. Благо, предоставляемое в форме медицинской помощи определенного вида и объема и существующее в момент получения.
9. Расходы предприятия, которые не зависят от интенсивности ведения хозяйственной деятельности.
10. Отношение полученной в процессе реализации услуг прибыли к затратам на их производство, выраженное в процентном соотношении.
11. Затраты, которые требуются для создания товара при наличии общественно нормальных условий производства, при среднем уровне производительности и интенсивности труда.

12. Средства, которые участвуют в нескольких производственных циклах и переносят свою цену на цену новой, создаваемой с их помощью продукции постепенно, по частям в процессе окупаемости.

13. Разница между ценой, по которой реализуется продукция (услуга), и себестоимостью.

## **Задание 2 .** Решите следующие задачи

1. Определите величину полученной лечебно-профилактическим учреждением чистой прибыли при оказании платных услуг и фактическую норму рентабельности после уплаты налога на прибыль.

В течение месяца в стационаре платное лечение получили 300 человек. Себестоимость лечения одного больного составляет 5 тысяч рублей. При определении цены госпитализации больного норма рентабельности установлена в 25%. Налог на прибыль — 24%.

2. Определите сумму налога на прибыль, которую лечебно-профилактическое учреждение должно заплатить при ставке налога на прибыль 24%. В течение года лечебно-профилактическое учреждение за платные медицинские услуги населению получило 500 тысяч рублей при себестоимости услуг 350 тысяч рублей.

По договору со страховой медицинской компанией за лечение застрахованных больных получено 720 тысяч рублей при затратах 610 тысяч рублей. За работу по обязательному медицинскому страхованию получено 800 тысяч при затратах 550 тысяч рублей. За аренду помещения получено от частного предпринимателя 100 тысяч рублей. Расходы лечебно-профилактического учреждения на административно-хозяйственные расходы этого помещения — 30 тысяч рублей.

3. Определите себестоимость услуг, прибыль, чистую прибыль и рентабельность хозрасчетного стационара, оказывающего платные услуги, если: за платные услуги всего получено — 800 тысяч рублей; стоимость основных фондов — 700 тысяч рублей; годовая норма их амортизации —

10%; годовой фонд оплаты труда с начислениями на ФОТ — 640 тысяч рублей; административно - хозяйственные и канцелярские расходы — 450 тысяч рублей; затраты на медикаменты, перевязочные средства — 280 тысяч рублей; затраты на питание — 190 тысяч рублей; износ мягкого инвентаря — 50 тысяч руб. налог на прибыль составляет 24%.

4. Определите себестоимость и цену одного исследования в бактериологической лаборатории поликлиники, в которой за год проведено 500 исследований. Использовалось оборудование стоимостью 200 тысяч рублей (годовая норма его амортизации — 10%), инструментарий стоимостью 80 тысяч рублей (годовая норма его амортизации — 20%), Годовой фонд оплаты труда (ФОТ) медицинского персонала — 240 тысяч рублей начисления на ФОТ — 26%. Затраты в год на медикаменты, реактивы, расходные материалы — 60 тысяч рублей, износ мягкого оборудования — 30 тысяч рублей, административно - хозяйственные и прочие расходы — 120 тысяч рублей. Норма рентабельности определена в 25% от уровня себестоимости.

5. Определите рентабельность частного медицинского учреждения, если: стоимость основных фондов — 5 миллионов рублей, годовая норма их амортизации — 12%; стоимость используемых инструментов — 260 тысяч рублей, годовая норма их амортизации — 20%; годовой фонд оплаты труда (ФОТ) — 800 тысяч рублей, начисления на ФОТ — 26,2 %; затраты на медикаменты, перевязочные средства — 250 тысяч рублей; износ белья и другого мягкого инвентаря — 90 тысяч рублей; административно-хозяйственные и прочие расходы — 700 тысяч рублей. Всего за год за платные медицинские услуги получено 3,5 миллиона рублей.

6. Определите средние показатели затрат на одного пролеченного больного, на одну койку, на один койко-день, если все затраты за год составили 20 млн. рублей, средняя занятость койки — 330 дней, средняя длительность пребывания больного на койке 20 дней, среднегодовое количество коек 200.

7. Рассчитайте средние стоимостные показатели затрат хирургического отделения стационара на одного пролеченного больного, на одну койку, один койко-день. Среднегодовое число коек — 60, число пролеченных больных — 1000, среднегодовая длительность пребывания больного на койке — 15 дней, сумма затрат на год — 25 млн.руб.

8. В больнице мощностью 200 коек в 2009 г. среднее пребывание больного в стационаре в результате использования новых медицинских технологий сократилось по сравнению с 2008 г. с 10 до 8 дней. Фактическая среднегодовая работа койки в 2009 г. составляла 340 дней. Рассчитайте количество больных, которые могут быть дополнительно пролечены в стационаре.

**Задание 3.** Выберите правильные варианты ответов

1. ПРЯМЫЕ НАЛОГИ — ЭТО

- 1) налоги, включаемые в цену продукции или в тариф услуги
- 2) налоги на доходы или имущество юридических или физических лиц, взимаемые по установленным ставкам
- 3) налог на добавленную стоимость и акцизы
- 4) налоги, ставки по которым увеличиваются по мере роста дохода или стоимости имущества.

2. КОСВЕННЫЕ НАЛОГИ — ЭТО:

- 1) налоги на доходы или имущество юридических или физических лиц, взимаемые по установленным ставкам
- 2) налоги, включаемые в цену продукции или в тариф услуги
- 3) налог на прибыль, подоходный налог, налог на имущество

3. НА ПРАКТИКЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ РАСПРОСТРАНЕНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ «МОДЕЛИ ЦЕНЫ», ПО КОТОРОЙ ЦЕНА НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

- 1) сумма себестоимости и прибыли, рассчитываемой умножением себестоимости на норму рентабельности, директивно установленную государственными органами здравоохранения

2) сумма себестоимости и прибыли, рассчитываемой умножением себестоимости на норму рентабельности, сложившуюся в практике на рынке медицинских услуг

3) сумма себестоимости и чистой прибыли

#### 4. ОСНОВНЫЕ ЧЕТЫРЕ ГРУППЫ ЦЕН, СЛОЖИВШИЕСЯ В РФ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

1) «бюджетные оценки», не включающие прибыль, прейскурантные цены, договорные цены, тарифы по добровольному медицинскому страхованию

2) «бюджетные оценки», не включающие прибыль, прейскурантные цены, договорные цены, тарифы в системе обязательного медицинского страхования

3) прейскурантные цены, договорные цены, тарифы по добровольному медицинскому страхованию, тарифы в системе обязательного медицинского страхования

#### 5. ОСНОВНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВКЛЮЧАЮТ

1) здания лечебных учреждений, сооружения, лечебное и диагностическое оборудование, медикаменты и перевязочные средства, фонд оплаты труда.

2) здания лечебно-профилактических учреждений, сооружения, лечебное и диагностическое оборудование, эвм, машины скорой помощи.

3) лечебное и диагностическое оборудование, медикаменты, перевязочные средства, медицинские инструменты.

#### 8. ОБОРОТНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВКЛЮЧАЮТ

1) фонд оплаты труда, начисления на оплату труда, медикаменты, лечебное и диагностическое оборудование, средства ухода за больными, малоценный и быстроизнашивающийся инвентарь, денежные средства на прочие текущие расходы

2) медикаменты, затраты на питание больных в стационарах, лечебное и диагностическое оборудование, денежные средства на прочие текущие расходы

3) медикаменты, средства ухода за больными, малоценный и быстроизнашивающийся инвентарь, фонд оплаты труда, затраты на топливо, электроэнергию, газ, воду, затраты на питание больных в стационарах, денежные средства на прочие текущие расходы

#### 9. В КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА КОЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

1) интенсивное лечение — до 50%, восстановительное лечение — до 20%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями — до 15%, медико-социальная помощь — до 15%

2) интенсивное лечение — до 30%, восстановительное лечение — до 35%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями — до 20 %, медико-социальная помощь — до 15%

3) интенсивное лечение — до 20%, восстановительное лечение — до 45%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями — до 20%, медико-социальная помощь — до 15%

## ГЛАВА 5. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Экономическая эффективность Экономическая эффективность в здравоохранении.. Взаимосвязь экономической эффективности с социальной и медицинской эффективностями. Основные слагаемые роста и показатели экономической эффективности в здравоохранении. Методики определения экономического эффекта и эффективности лечебно-профилактической помощи. Экономический анализ лечебно-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения. Его цель, виды и организация.*

Проблема экономической эффективности - это основная проблема экономической теории и всех отраслевых экономических наук, в том числе экономики здравоохранения.

Теория эффективности изучает пути улучшения использования ограниченных материальных, трудовых, финансовых ресурсов с целью достижения наиболее полного удовлетворения потребностей общества. Соизмерение полученного полезного результата (Э) с затратами (З), обеспечившими достижение этого результата, характеризуют эффективность производства (Э<sub>ф</sub>):

$$Э_{ф} = Э : З$$

Эффективность всегда измеряется сопоставлением полученного эффекта с затратами, а рост эффективности означает увеличение полезного эффекта на единицу затрат.

Эффективность зависит от:

- интенсификации производства на основе использования достижений научно-технического прогресса,
- внедрения новой техники и технологий,
- повышения культурно-технического уровня, профессионального роста работников,
- совершенствования организации производства и труда, а также на основе улучшения использования всех имеющихся ресурсов

— материальных, трудовых, финансовых.

Рост эффективности означает, что на каждый рубль затрат получено больше полезного эффекта, который может быть выражен или в натуральных, или в стоимостных показателях. Основными слагаемыми роста эффективности являются:

1. Улучшение качества производимых товаров и услуг. В современных условиях важнейший критерий качества - адекватность лучшим мировым образцам, конкурентоспособность на мировом рынке.
2. Совершенствование структуры производства, с тем чтобы производимые товары и услуг максимально соответствовали потребностям потребителей.
3. Рост производительности живого труда.
4. Снижение материалоемкости продукции, услуг.
5. Повышение фондоотдачи.
6. Повышение эффективности капиталовложений, т.е. средств, направляемых на создание новых и реконструкцию действующих основных фондов.

Эффективность здравоохранения рассматривается в трех аспектах: медицинском, социальном и экономическом.

В понятие «эффективность» системы здравоохранения вкладываются следующие смыслы:

- способность предоставлять определенный набор услуг при оптимизации (минимизации) затрат;
- способность предлагать оптимальный набор услуг, который должен соответствовать структуре общественного потребления.

Первый подход к определению эффективности подразумевает достижение ее на уровне коммерческого интереса каждой медицинской организации. Второй предполагает разработку критериев эффективности здравоохранения, совпадающих с общественными интересами и способных достичь рационального расходования государственных средств.

Под *медицинской эффективностью* понимается достижение поставленных задач в области профилактики, диагностики, лечения и

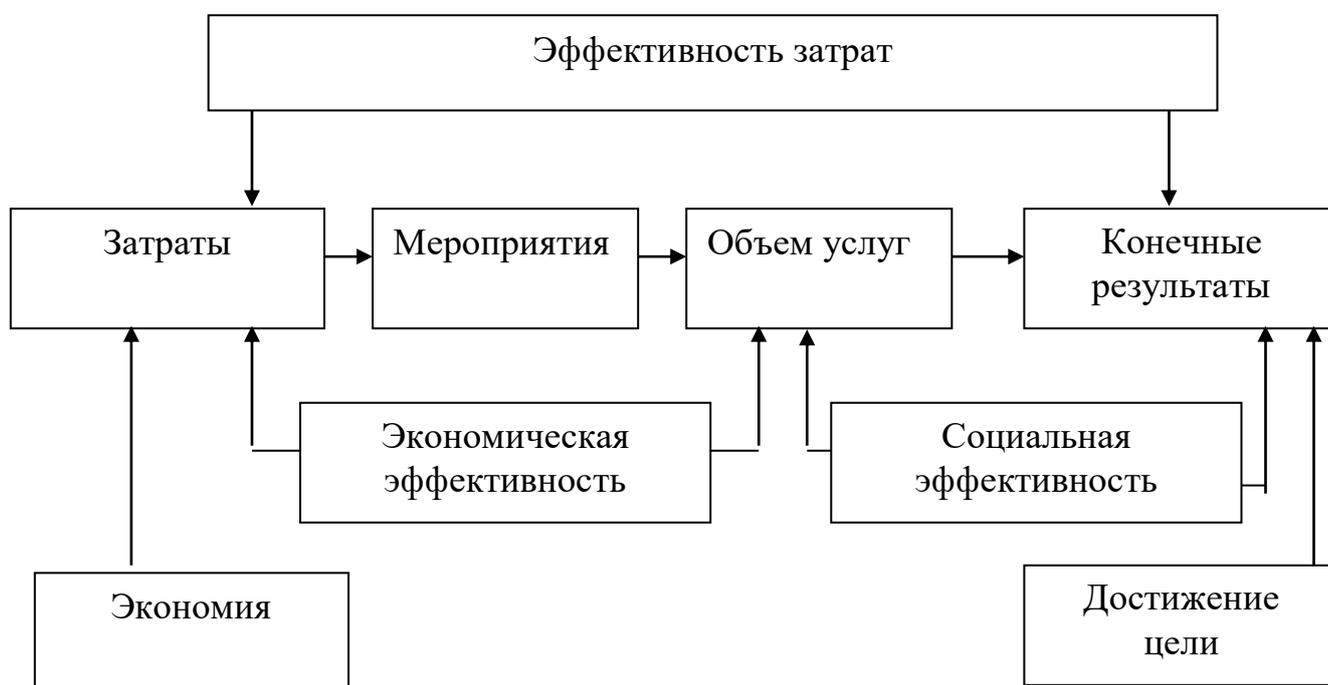
реабилитации, т. е. основных видов медицинской деятельности. Всемирная организация здравоохранения рассматривает медицинскую эффективность как один из аспектов качества медицинского обслуживания наряду с адекватностью, экономичностью и научно-техническим уровнем. Медицинская эффективность может измеряться сопоставлением полученного результата лечения (диагностики, профилактики, реабилитации) с приложенными усилиями и затратами: при прочих равных условиях медицинский метод, вмешательство, мероприятие могут быть более эффективными, если научный уровень и практика проведения каждого из них обеспечивают лучший и больший результат медицинской помощи при наименьших трудовых, материальных и финансовых затратах.

Медицинская эффективность (т. е. совокупность результатов лечения и профилактики) логически предшествует экономической эффективности. Метод лечения всегда должен быть эффективен с медицинской точки зрения.

*Социальная эффективность* в здравоохранении измеряется такими показателями, как продолжительность и качество жизни после впервые выявленного заболевания, снижение младенческой смертности, улучшение состояния здоровья населения, снижение заболеваемости от управляемых причин и утраты трудоспособности и из-за болезни, уменьшение числа инвалидизации, сокращение преждевременно умерших и т. д. Социальная эффективность измеряется путем вычисления размеров предотвращенного социального ущерба, т. е. абсолютного числа заболеваний, инвалидности, смертей, возникновение которых было предупреждено в результате медицинских и социальных мероприятий.

*Экономическая эффективность* определяется соотношением эффекта (результата) и затрат. Анализ экономической эффективности необходим для управления здравоохранением в условиях ограниченных ресурсов, когда основная цель — достижение максимального результата при минимальных затратах.

На рис. 8 представлена взаимосвязь социальной, медицинской и экономической эффективности работы здравоохранения.



**Рис. 8. Взаимосвязь различных видов эффективности деятельности в здравоохранении**

Традиционно определить экономическую эффективность очень сложно, т. к. в здравоохранении отсутствуют показатели здоровья населения, являющиеся одновременно носителями экономической информации. Методика оценки экономической эффективности здравоохранения основана на исчислении косвенного экономического эффекта, который определяется величиной предотвращенного экономического ущерба в связи с уменьшением затрат на медицинское обслуживание, выплат по социальному страхованию, потерь рабочего времени и трудовых ресурсов в результате снижения заболеваемости и преждевременной смертности. Полученная величина предотвращенного экономического ущерба сопоставляется с затратами, направленными на осуществление подобных мероприятий.

Затраты государства в связи с заболеваемостью населения не исчерпываются стоимостью медицинского обслуживания пациентов.

Стоимость болезни, т. е. тот экономический ущерб, который она наносит обществу, складывается из стоимости медицинского обслуживания, а также из расходов на оплату листков временной нетрудоспособности и выплаты пособий по инвалидности в связи с этим заболеванием (таблица 10).

Таблица 10

**Экономическая оценка работника в состоянии «здоров» и «болен»**

Объект анализа	Источник расхода (дохода) объекта	Величина дохода руб./чел./день	Величина расхода руб./чел./день	
Работник	Величина зарплаты за день	725	-	ЗДОРОВ
Предприятие	Величина ВП 1 работником/день	1250	-	
Бюджет	Ежедневные отчисления по всем налогам в расчете на 1 работника	175	-	
Внебюджетные фонды	Ежедневные отчисления на 1 работника	275	-	
Работник	Ежедневные выплаты по листку нетрудоспособности	533	-	БОЛЕН
	Ежедневные затраты на лечение		100	
Предприятие	----	----	----	
Бюджет	Отчисления с суммы выплат по листку нетрудоспособности	72		
	Ежедневная сумма финансирования бюджетом лечения в расчете на 1 работника		170	
Внебюджетные фонды	Средняя ежедневная сумма финансирования ФОМСом лечения в расчете на 1 работника		680	
	Средняя ежедневная сумма выплаты по листку нетрудоспособности		605	

Сюда же следует отнести потери стоимости вновь созданной продукции в связи с уменьшением числа рабочих дней из-за временной нетрудоспособности и уменьшением числа лиц, занятых в народном хозяйстве, из-за стойкой утраты трудоспособности и преждевременной смертности.

Расчет величины потерь, связанных с оплатой пособий по временной нетрудоспособности, производится на основании фактического числа потерянных из-за болезни рабочих дней и средней величины дневного пособия по болезни.

Потери стоимости вновь созданной продукции в связи с уменьшением числа рабочих дней определяются как результат умножения числа потерянных из-за болезни рабочих дней на среднюю величину национального дохода, произведенного одним работающим за один рабочий день. В итоге стоимость работника в состоянии «болен» составляет по приблизительным оценкам 1455 рублей в день.

Таким образом, медицинские работники, добиваясь снижения заболеваемости, смертности, инвалидности воздействуют на повышение эффективности совокупного общественного труда. Объем национального дохода зависит от количества и производительности труда.

Критерии экономической эффективности в здравоохранении связаны, не с производством национального дохода, а с воздействием на него через рабочую силу.

Существуют различные методы определения экономической эффективности в здравоохранении. Наиболее универсальные из них описаны в Методических рекомендациях по оценке экономической эффективности лечебно-профилактической помощи (М.: МЗ СССР, 1983).

Согласно этим рекомендациям расчет экономической эффективности проводится с народно-хозяйственных позиций (макроэкономический подход). Например, при определении убытков от заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) учитываются потери от

недопроизводства национального дохода, выплаты пособий по ВУТ за счет средств социального страхования и затраты на лечение. Эффект от сокращения заболеваемости рассчитывается как уменьшение потерь в расчетном периоде по сравнению с базисным с учетом всех трех слагаемых.

Рассмотрим эти методики, поскольку они позволяют наиболее полно определить экономическую значимость лечебно-профилактической помощи, выбрать оптимальные варианты медицинских технологий и организации медицинского процесса.

*1. Методика определения макроэкономического эффекта от сокращения сроков лечения*

Важное социальное и экономическое значение имеет сокращение сроков лечения больных в стационарах и поликлиниках, которое должно осуществляться на основе внедрения в практику здравоохранения прогрессивных методов обследования, лечения и улучшения организации работы. Макроэкономический эффект сокращения сроков лечения выражается в уменьшении экономических потерь в связи с заболеваемостью

Экономический эффект от сокращения сроков лечения больных (Э) может быть рассчитан по формуле:

$$\text{Э} = \text{Э}_1 * \text{Р} + \text{Э}_{1н} * \text{Н}$$

$$\text{Э} = \{ (\text{Д}_1 * \text{Т}_р + \text{Б}_1 * \text{Т}_к ) * \text{Р} \} + ( \text{Л}_1 * \text{Т}_к * \text{Ч} )$$

Где,  $\text{Э}_1$  - экономический эффект от сокращения сроков лечения одного больного работника;

$\text{Р}$  - число лечившихся работников народного хозяйства;

$\text{Н}$  - число лечившихся, не работающих в народном хозяйстве;

$\text{Э}_{1н}$  - экономический эффект от сокращения сроков лечения одного больного, не работающего в народном хозяйстве;

$\text{Д}_1$  - национальный доход (новая стоимость), производимый за один рабочий день в расчете на работающего;

$B_1$  - среднечасовой размер пособия по временной нетрудоспособности одного работника за счет средств социального страхования;

$L_1$  - стоимость лечения в расчете на одного больного за один календарный день;

$T_k$  - разница в продолжительности лечения больного в данном периоде по сравнению с базисным периодом (или в данных условиях по сравнению с базисными условиями) в календарных днях;

$T_p$  - то же в рабочих днях (можно принять  $T_p = T_k * 0,7$ ;

$Ч$  - общая численность лечившихся.

Целесообразнее использовать для расчетов вторую (обобщающую) формулу определения экономического эффекта.

## *2. Методика определения макроэкономического эффекта от снижения заболеваемости временной нетрудоспособностью работников*

Одной из актуальных проблем, имеющих большое экономическое значение, является снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Заболевший работник во время болезни не участвует в общественном производстве, а следовательно, и в создании национального дохода. В этот период общество содержит работника и расходует средства на его лечение.

При расчете экономического эффекта от уменьшения продолжительности временной нетрудоспособности в связи с заболеваемостью работников ( $\mathcal{E}$ ) сначала рассчитывается эффект от сокращения временной нетрудоспособности на одного работающего  $\mathcal{E}_1$ , а затем на всех работающих.

$$\mathcal{E} = \mathcal{E}_1 * P$$

$$\mathcal{E}_1 = D_1 * T_p + B_1 * T_k + L_1 * T_k$$

Где,  $P$  - средняя численность работающих в данном периоде.

$D_1$  - новая стоимость (национальный доход, чистая прибыль), производимая за 1 рабочий день в расчете на 1 работающего (руб.);

Б<sub>1</sub> - средняя сумма пособия за счет средств социального страхования на 1 день временной нетрудоспособности (руб.);

Л<sub>1</sub> - стоимость лечения одного больного в расчете на 1 календарный день временной нетрудоспособности (руб.);

Т<sub>к</sub> - уменьшение продолжительности временной нетрудоспособности в расчетном периоде по сравнению базисным на 1 работающего в календарных днях;

Т<sub>р</sub> -, уменьшение продолжительности временной нетрудоспособности в расчетном периоде по сравнению с базисным на 1 работающего в рабочих днях. Можно принять  $T_r = T_k * 0,7$ .

Для расчета Л<sub>1</sub> - можно принять долю дней стационарного лечения в общем числе дней болезни равной 20%, а соответственно долю поликлинического лечения - 80%. Тогда:

$$L_1 = (L_c * 0,2) + ((L_a : П_d) * 0,8)$$

Где, Л<sub>с</sub> — средняя стоимость одного койко- дня в стационаре;

Л<sub>а</sub> - средняя стоимость одного амбулаторно-поликлинического посещения;

П<sub>д</sub> - среднее число дней, через которое больной посещает поликлинику.

При определении макроэкономических потерь от заболеваемости с временной утратой трудоспособности работников конкретного предприятия целесообразно при расчете недопроизведенной за дни болезни новой стоимости определить ее как недополученную в результате заболеваемости чистую продукцию. Величина чистой продукции в расчете на одного работающего за 1 рабочий день (Д<sub>1</sub>) определяется по формуле:

$$D_1 = D : (P * \Phi_1)$$

Где, Д - сумма чистой продукции, производимой на предприятии;

Р - численность работников предприятия;

$\Phi_1$  - число фактически отработанных рабочих дней в расчете на одного работника;

$P * \Phi_1$  - число рабочих дней, отработанных работниками предприятия.

Величину  $D_1$  можно также рассчитать, поделив среднегодовую производительность труда работника по чистой продукции на фактически отработанные за год одним работником рабочие дни. Необходимые для этих расчетов данные берутся из статистической отчетности предприятий по труду, а данные о прибыли - из баланса предприятия.

### *3. Методика определения макроэкономических потерь от заболеваемости с временной утратой трудоспособности*

Народнохозяйственные потери, убытки  $У$  в связи с заболеваемостью работников с временной утратой трудоспособности (ВУТ) определяются как сумма трех основных величин:

$$У = Д + Б + Л,$$

Где,  $Д$  - недопроизведенный в результате ВУТ национальный доход. Можно для определения величины  $Д$  использовать показатель валового внутреннего продукта (ВВП) или, если расчет ведется по конкретному региону, то - валового регионального продукта (ВРП);

$Б$  - сумма пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования;

$Л$  - затраты на лечение (стационарное, амбулаторное, на другие виды медицинской помощи) за счет средств бюджета и фондов ОМС.

Расчет экономических потерь от заболеваемости с ВУТ можно произвести по другой формуле:

$$У = У_1 \times P,$$

Где,  $У$  - общая сумма экономических потерь от заболеваемости с ВУТ;  $У_1$  - экономические потери от заболеваемости с ВУТ в расчете на одного работающего;

$P$  - численность работающих.

$$У_1 = (Д_1 \times Т_p) + (Б_1 \times Т_p) + (Л_1 \times Т_k),$$

Где,  $Д_1$  - ВВП (или ВРП), производимый в среднем на 1 работающего за 1 отработанный рабочий день. При определении  $Д_1$  на отдельных предприятиях рекомендуется брать данные о средней величине добавленной стоимости в расчете на 1 работающего на данном предприятии за 1 рабочий день или чистой продукции на 1 работника;

$Б_1$  - средняя сумма пособия за счет средств социального страхования за 1 день временной нетрудоспособности (рассчитывается только на рабочие дни, потерянные по ВУТ);

$Л_1$  - стоимость лечения одного больного в расчете на 1 календарный день временной нетрудоспособности работника;

$Т_k$  - продолжительность временной нетрудоспособности на 1 работающего в календарных днях;

$Т_p$  - продолжительность временной нетрудоспособности на 1 работающего в рабочих днях. Можно принять  $Т_p = Т_k * 0,7$ .

При расчете затрат на лечение необходимо учесть соотношение амбулаторного и стационарного лечения и их стоимость. Для расчета  $Л_1$  можно принять долю дней стационарного лечения в общем числе дней болезни равной 20 %, а соответственно, долю поликлинического лечения - 80 %. Тогда  $Л_1$  рассчитываем по формуле:

$$Л_1 = (Л_c * 0,2) + ((Л_a : П_d) * 0,8)$$

Где  $Л_c$  - средняя стоимость одного койко- дня в стационаре.;

$Л_a$  - средняя стоимость одного амбулаторно-поликлинического посещения;

$П_d$  - среднее число дней, через которое больной посещает поликлинику.

Наряду с общими макроэкономическими потерями в связи с заболеваемостью работников предприятия ( $У$ ) можно определить потери,

связанные с отдельными видами заболеваний ( $Y_3$ ), например в связи с гриппом:

$$Y_3 = Y * (H_3 : H)$$

Где,  $H_3 : H$  - доля дней временной нетрудоспособности по данному виду заболевания ( $H_3$ ) в общей сумме дней временной нетрудоспособности ( $H$ ).

*4. Методика определения макроэкономического эффекта от снижения инвалидности*

Макроэкономический эффект от снижения инвалидности ( $\mathcal{E}_и$ ) определяется как снижение народнохозяйственных потерь, убытков в данном (расчетном) периоде по сравнению с потерями в базисном периоде, или в данных условиях по сравнению с базисными. Макроэкономический эффект от снижения инвалидности рассчитывается по формуле:

$$\mathcal{E}_и = (D_1 + П + L_и) \times T,$$

Где  $D_1$  - среднегодовой национальный доход, производимый одним работником;

$П$  - среднегодовая пенсия по инвалидности;

$L_и$  - среднегодовые дополнительные затраты государства на медицинское обслуживание одного инвалида;

$T$  - общая сумма сохраненных лет трудоспособности;

$$T = T_1 \times И$$

Где  $T_1$  - среднее число лет трудоспособности, предотвращенных от инвалидности в расчете на одного больного;

$И$  - численность группы больных, у которых предотвращена инвалидность.

Значения  $D_1$ ,  $П$ ,  $L_и$  берутся за расчетный (данный) период.

При расчете экономического эффекта от снижения инвалидности с позиций экономии средств государственного бюджета, фондов ОМС и средств социального обеспечения используется формула:

$$\text{Э}_n = (\text{П} + \text{Л}_n) \times \text{Т},$$

Значения всех букв приведены выше.

*5. Методика определения экономических потерь от заболеваемости работников со стойкой потерей трудоспособности*

С макроэкономических позиций экономические убытки (потери) от инвалидности -  $\text{У}_n$  - определяются по формуле:

$$\text{У}_n = (\text{Д}_r + \text{П} + \text{Л}_n) \times (\text{Т}_{n1} * \text{И}),$$

Где,  $\text{Д}_r$  - среднегодовой ВВП, производимый одним работником;

$\text{П}$  - среднегодовая пенсия по инвалидности;

$\text{Л}_n$  - среднегодовые дополнительные затраты государства на медицинское обслуживание 1 инвалида;

$\text{Т}_{n1}$  - среднее число рабочих лет, потерянных по инвалидности 1 инвалидом;

$\text{И}$  — число инвалидов.

Величина  $(\text{Т}_n \times \text{И})$  тождественна общей сумме потерянных лет трудоспособности в результате инвалидности.

С учетом расходования средств государственного бюджета, фондов ОМС, выплат пенсий по инвалидности, т.е. с социально-государственных позиций экономические потери (расходы) рассчитываются по формуле:

$$\text{У}_n = (\text{П} + \text{Л}_n) \times (\text{Т}_{n1} \times \text{И}),$$

Где все значения букв те же, что и в вышеприведенной формуле.

*5. Методика определения экономического эффекта от сохранения жизни человека*

Жизнь и здоровье человека - самая великая ценность общества. Потому к значению сохранения жизни и здоровья мы подходим прежде всего с позиций гуманизма. Однако сохранение жизни имеет огромное, не только социальное, но и экономическое значение. Эти расчеты, конечно, являются

лишь ориентировочными, поскольку в качестве исходных данных принимаются средние показатели продолжительности жизни и ее рабочего периода, а среднегодовое производство национального дохода на одного работающего принимается неизменным и т.д.

Ориентировочный экономический эффект от сохранения жизни человека трудоспособного возраста ( $\mathcal{E}_p$ ) выражается в сумме национального дохода, который может быть произведен за сохраненные рабочие годы жизни ( $T_p$ )

$$\mathcal{E}_1 = D_r \times T$$

Где,  $D_r$  - среднегодовое производство национального дохода в расчете на 1 работника;

$T$  - среднее число лет трудовой деятельности человека в народном хозяйстве.

В условиях развития рыночных отношений возрастает значение проведения экономического анализа деятельности ЛПУ .

Экономический анализ является одной из основных функций управления медико-производственного комплекса. Под экономическим анализом понимается изучение затрат различных видов ресурсов на нужды отрасли в целом и каждого учреждения в отдельности, изучение сложившегося спроса на медицинские услуги, анализ рынка медицинских услуг, а также выявление проблем и тенденций развития учреждения. Следует подчеркнуть, что здравоохранение - это сложная, открытая экономическая и динамично развивающаяся система, поэтому в процессе управления необходимо осуществлять анализ не только системы в целом, но и составляющих ее подсистем, элементов их связей и взаимодействия, а также результатов этого взаимодействия.

*Экономический анализ* - это совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности медицинских учреждений и их подразделений, позволяющих произвести

достоверную оценку результатов их работы, выявить пути рационализации использования средств, повышения эффективности. К основным задачам экономического анализа относятся:

- контроль и оценка выполнения плановых показателей;
- оценка использования трудовых, материальных и финансовых ресурсов;
- анализ эффективности управленческих решений и др.

В процессе анализа изучаются экономические и социальные факторы, экономические стимулы, влияющие на деятельность учреждения.

*Классификация видов ЭА* проводится по различным признакам:

- по времени (текущий, перспективный, ретроспективный ЭА);
- по периодичности (систематический, разовый);
- по объектам анализа (использование основных средств, материальных, трудовых, финансовых ресурсов);
- по уровням управления (учреждение в целом, отделение, рабочие места);
- по характеру охвата (комплексный, тематический, выборочный анализ);
- по исполнителям (ЭА проводится руководителями и экономическими службами ЛПУ, внешними органами (финансовые, налоговые));
- по содержанию и аспектам исследования (финансово-экономический, технико-экономический, функционально-стоимостной).

Предметом экономического анализа в данном случае должна являться деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений, направленная на осуществление лечебно-диагностической, профилактической, организационно-оздоровительной функций по оказанию медицинской помощи населению.

Основными задачами экономического анализа объема работ амбулаторий и поликлиник являются:

- 1) выявление потребности общества в услугах амбулаторно-поликлинических учреждений в необходимом объеме. Такая потребность диктуется в значительной степени действием социально-экономических факторов, которые носят вероятностный характер. Поэтому при ее обосновании широко используются методы экспертных оценок и

логического моделирования, изучение данных анализа текущих хозяйственных результатов деятельности учреждений, сравнение конечных результатов работы учреждений и значимости различных социальных факторных показателей в районах их действия. Обобщение полученных данных позволяет обосновать потребности в услугах амбулаторно-поликлинических учреждений;

2) изучение полноты удовлетворения потребностей общества в услугах поликлиник и проверка соблюдения установленных нормативов. По данным отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений устанавливается соответствие количества оказанных услуг потребности в них, изучается их состав по различным признакам;

3) оценка эффективности использования ресурсов. Анализ их использования не ограничивается проверкой соблюдения норм расхода материальных ценностей и эффективности труда (нагрузки), а тесно взаимосвязывается с оценкой полноты удовлетворения общественных потребностей в определенных услугах;

4) выявление и измерение факторов отклонений фактических показателей хозяйственно-экономической деятельности учреждений от нормативных;

5) контроль за соблюдением принципов финансирования: финансовый менеджмент;

6) подготовка аналитической информации для выбора оптимальных управленческих решений. Она состоит в сборе данных о работе амбулаторно-поликлинических учреждений, их аналитической обработке и обобщении результатов анализа.

В этом плане можно говорить об аудите (внешнем и внутреннем) финансовой, хозяйственной и медицинской деятельности ЛПУ.

В ходе анализа формируются предложения по устранению недостатков и улучшению работы учреждения. Анализ предусматривает следующее:

- характеристика состояния сети внебольничной медицинской помощи;
- выявление соответствия пропускной способности поликлиники потребностям населения в амбулаторной медицинской помощи;
- определение пути расширения пропускной способности амбулаторий и поликлиник;
- изучение выполнения плана по объему лечебно-диагностической работы и мероприятий по профилактике заболеваний и их результатов;
- оценка уровня обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической медицинской помощью и соблюдение установленных нормативов;
- оценка уровня организации и качества амбулаторно-поликлинического обслуживания населения.

Для развития учреждений здравоохранения первостепенное значение имеет изучение потребностей населения в госпитализации. На этот показатель прямо или опосредованно влияет множество взаимосвязанных факторов. Мера и сила их взаимодействия могут изменяться в условиях конкретного места и времени. Эти факторы можно условно сгруппировать и выделить:

- демографические — численность населения, распределение его на городское и сельское; возрастно-половая, общественная, профессиональная структура населения; уровень рождаемости, смертности; миграция;
- социально-экономические — особенности экономического развития региона; характер, специализация производства;
- плотность населения, развитие транспорта и связи;
- социально-гигиенические и социально-культурные характеристики;
- проблемы отдельных заболеваний, краевая патология;
- уровень развития медицинской помощи, материально-техническая и кадровая обеспеченность; жилищно-бытовые условия, материальный уровень жизни; санитарно-гигиеническое воспитание, уровень культуры, образования и санитарной грамотности населения;

- социально-психологические факторы, определяющие правильную, адекватную оценку состояния здоровья, как самим пациентом, так и окружающими его людьми. Ниже приведены количественные показатели экономического анализа деятельности ЛПУ по основным ресурсам: финансовым, материальным и трудовым.

Для оценки финансовой деятельности ЛПУ, в т.ч. с правом предоставления платных медицинских услуг населению:

1. *Суммарный доход организации*, т.е. сумма всех денежных поступлений за определенный период времени.

2. *Себестоимость платной медицинской услуги:*

$$СБ = ПеЗ * О + ПоЗ$$

Где, СБ – себестоимость;

ПеЗ – переменные затраты;

ПоЗ – постоянные затраты.

3. *Прибыль:*

$$ПР = Ц - СБ$$

Где, Ц – цена;

СБ – себестоимость.

4. *Выручка :*

$$В = \sum (Ц * К)$$

Где, Ц- цена одной услуги;

К - количество услуг данного вида.

5. *Чистая прибыль (ПРч):*

$$ПРч = ПР - Н$$

Где, ПР – прибыль;

Н – величина налога на прибыль.

6. *Рентабельность (Р):*  $R = (ПР : СБ) * 100\%$ .

Где, ПР – прибыль;

Н – величина налога на прибыль.

СБ – себестоимость.

7. Рентабельность основных и оборотных средств (активов) ( $Ra$ ):

$$Ra = [ ПРч : (Coc + Cob ) ] * 100$$

Где, ПРч – чистая прибыль;

Coc – стоимость основных средств;

Cоб – стоимость оборотных средств

8. Рентабельность основного капитала ( $Roc$ ):

$$Roc = (ПРч * 100) : Koc$$

Где, ПРч – чистая прибыль;

Koc - основной капитал на конец отчетного периода.

9. Доходность капитала ( $Kd$ ):

$$Kd = ПРб : K * 100\%$$

Где, ПРб – балансовая прибыль;

K – капитал.

Под капиталом понимается сумма итогов пассива баланса на начало и конец отчетного периода, деленная на 2.

10. Средние издержки ( $СИ$ ):

$$СИ = СБ : Op$$

Где, Op – объем реализации услуг;

СБ – себестоимость.

Показатель характеризует оценку затрат на единицу услуги, причем в числителе - все затраты по оказанию услуг, а в знаменателе - все услуги за отчетный период. Показатель можно рассчитывать для каждого источника финансирования расходов ЛПУ. Динамика показателя отслеживается с целью контроля над расходами. Особенно важно рассчитывать данный показатель при наличии платных услуг и ДМС: если средние издержки имеют тенденцию к снижению от периода к периоду, то это еще не говорит о повышении эффективности предпринимательской деятельности.

11. Коэффициент автономии ( $Ka$ ):

$$Ka = Kc : B$$

Где,  $Kc$  - общая сумма собственных средств;

$B$  - итог баланса объекта здравоохранения.

Показатель характеризует удельный вес собственного капитала в итоговой сумме всех средств, авансированных данному объекту, и определяет, насколько данная организация (учреждение) независима от заемного капитала. Желательно, чтобы  $Ka > 0,5$ , т. е. чтобы сумма собственных средств была больше половины всех средств, которыми организация здравоохранения располагает в целом.

*12. Показатель ликвидности (Л):*

$$Л = ИМ - Кз$$

Где, ИМ - имущество организации в денежном выражении на конец отчетного периода, относительно легко превращаемое в реальную сумму денег для немедленного возврата долгов кредиторам;

Кз - заемный капитал, подлежащий возврату по первому требованию.

Организация здравоохранения, являясь крупным хозяйствующим субъектом, часто выступает в роли заемщика кредитов, а, следовательно, кредиторы требуют гарантий возврата средств. Показатель важен для определения способности организации вернуть долги кредиторам по их первому требованию или по наступлению срока платежа.

*13. Коэффициент оборачиваемости (Коб):*

$$Коб = В : Cсоос * 100\%$$

Где,  $Cсоос$  – средняя стоимость остатка оборотных средств;

В – выручка.

Чем больше данный коэффициент, тем меньше средств необходимо на ведение дела, тем активнее коммерческая деятельность.

О рациональном использовании материальных ресурсов свидетельствуют следующие показатели:

*1. Показатель фондоотдачи (Фo):*

$$\Phi_o = \text{ПРч} : \text{Coc}$$

Где, *Coc* - стоимость основных средств (фондов);

ПРч – чистая прибыль.

Показатель дает представление об эффективности использовании основных средств (фондов). Этот показатель можно рассчитывать суммарно по занятым ставкам по учреждению.

Прибыль в числителе может быть заменена денежным выражением объема реализованных услуг. При выборе стоимостных значений числителя и знаменателя можно получить представление о доле участия стоимости, их отдаче в создании и реализации услуг. Натуральные измерители числителя (количество услуг, пролеченных больных) и знаменателя (количество единиц оборудования на балансе) дадут представление о "выработке" основных средств, количестве единиц услуг, произведенных на каждой единице оборудования. Причем в здравоохранении подобный анализ целесообразно осуществлять по группам оборудования, по отделениям. Особенно интересно оценить отдачу дорогостоящего ресурсоемкого оборудования. Актуален также анализ показателя при принятии решений об инвестициях в основные средства, о развертывании новых медицинских услуг и новых технологий, перевооружении, реконструкции, перепрофилировании коечного фонда стационаров и санаторно-курортных учреждений.

При необходимости рассчитывается показатели *фондоёмкости* ( $\Phi_e$ ), как отношение стоимости основных средств (*Coc*) к чистой прибыли (*ПРч*) (или иному денежному результативному показателю), а также:

2. *Фондовооруженность* ( $\Phi_v$ ):

$$\Phi_e = \text{Coc} : \text{ПРч}$$

$$\Phi_v = \text{Coc} : \text{Ч}$$

Где, Ч - численность работников данного ЛПУ;

*Coc* - стоимость основных средств (фондов);

ПРч – чистая прибыль.

Динамика показателя служит характеристикой эффективности использования основных фондов.

3. Показатель материалоотдачи ( $M_o$ ):

$$M_o = PP : MЗ, \text{ или}$$

$$M_o = B : MЗ$$

Где, ПРч – чистая прибыль;

В– выручка;

МЗ - материальные затраты.

Показатель становится актуальным в силу ограниченности отрасли по ресурсам. Для более глубокого анализа эффективности использования материалов целесообразно проводить отдельный расчет показателя по важнейшим группам материальных затрат: медикаменты, питание, мягкий инвентарь. Возможны натуральный и стоимостной способы измерения числителя и знаменателя.

Показатель *материалоемкости* ( $M_e$ ) является обратным показателем материалоотдачи и характеризует долю материальных затрат в выручке, прибыли и иных показателях результатов деятельности.

4. Материалоемкость:

$$M_e = MЗ : PP \quad \text{или} \quad M_e = MЗ : ПРч \quad \text{или} \quad M_e = MЗ : B$$

Где, ПРч – чистая прибыль;

В– выручка;

МЗ - материальные затраты.

5. Коэффициент обновления ( $K_{обн.}$ ) основных фондов:

$$K_{обн.} = (Ф_{введ} : Ф_{к}) \times 100\%$$

Где,  $Ф_{введ}$  – стоимость основных фондов, введенных за год;

$Ф_{к}$  - стоимость основных фондов на конец года.

6. Коэффициент выбытия основных фондов ( $K_{выб.}$ ):

$$K_{выб} = (\Phi_{ликв.} : \Phi_{н.}) \times 100\%$$

Где,  $\Phi_{ликв.}$  – стоимость ликвидированных основных фондов;

$\Phi_{н.}$  – стоимость основных фондов на начало года.

7. Работа койки ( $D$ ):

$$D = KД : ЧК$$

Где,  $D$ - число дней работы койки в году или показатель «работы койки»;

$KД$  - число проведенных больными койко-дней;  $ЧК$ - число среднегодовых коек.

8. Среднее время пребывания больного на койке ( $T$ ):

$$T = KД : M$$

Где,  $KД$ - число проведенных больными койко-дней;

$M$ - число госпитализированных больных.

9. Оборот койки ( $OK$ ):

$$OK = M : K = KД : T$$

Где,  $M$ - число госпитализированных больных;

$K$  - число среднегодовых коек.

Эффективное использование трудовых ресурсов выражается через показатели:

1. Производительность труда ( $Пт$ ):

$$Пт = ПРч : Чсп * 100\%$$

Где,  $Чсп$  - среднесписочная численность (среднеарифметическое число работников за 12 месяцев);

$ПРч$  – чистая прибыль.

Показатель может иметь стоимостные или натуральные значения, в зависимости от измерения числителя и знаменателя. Знаменатель может быть выражен затратами времени (год, месяц, день, час), числитель - стоимостью оказанных услуг, вновь созданной стоимостью (без материальных затрат)

или чистой прибылью (как в приведенной формуле), количеством оказанных услуг. Производительность труда характеризует эффективность живого труда, т. е. рабочей силы.

Данный показатель дает представление о выработке услуг на одного работника (если в числителе - количество услуг, пролеченных больных и иные натуральные объемные показатели деятельности). Если в числителе - выручка от реализации услуг на возмездной основе, тогда показатель дает представление о вкладе каждого работника в стоимостные результаты деятельности. Измерение знаменателя в трудозатратах дает представление об эффективности использования рабочего времени, что особенно актуально в здравоохранении, где действует повременная система оплаты труда.

2. Коэффициент уровня укомплектованности кадрами служб и подразделений ЛПУ (*Кук*):

$$K_{ук} = ЧД_{фак} : ЧД_{шт}$$

Где, ЧД<sub>фак</sub> - фактическое количество должностей по категориям в отделении (учреждении);

ЧД<sub>шт</sub> - количество должностей по категориям по штатному расписанию отделения (учреждения).

3. Коэффициент совместительства (*Кс*):

$$K_{с} = (Ст.пл : Ст.з.) \times 100 \%$$

Где, Ст.пл – количество плановых ставок;

Ст.з. – количество занятых ставок.

4. Коэффициент текучести кадров (*Кт*):

$$K_{т} = (Ув. : Ср.сп.Ч) \times 100\%$$

Где, Ув – количество уволившихся работников;

Ср.сп.Ч – среднесписочная численность работников.

5. Коэффициент выполнения норм «нагрузки» по категориям персонала и по отделениям ( $K_{ен}$ ) для стационара:

$$K_{ен} = \text{СЕКБфак} : \text{КБСн} * \text{КУК}$$

Где, СЕКБфак - среднееежедневное количество больных за анализируемый период (месяц, квартал, год) в отделении;

КБСн - количество больных по норме на одну ставку (должность) по категории персонала;

КУК- коэффициент укомплектованности кадрами данной категории отделения (службы).

6. Коэффициент использования штатного фонда оплаты труда ( $K_{иф}$ )

$$K_{иф} = \text{ФОТфак} : \text{ФОТшт}$$

Где, ФОТфак - фактически выплаченная заработная плата на основе табеля учета рабочего времени;

ФОТшт - фонд оплаты труда штатных должностей по тарификации.

7. Число посещений на одну занятую врачебную должность (функция врачебной должности ( $\Phi$ )):

$$\Phi = \text{ЧПД} : \text{ЧЗ}$$

где,  $\Phi$  - число посещений на одну занятую врачебную должность; ЧПД- абсолютное число посещений в поликлинике и на дому; ЧЗ - абсолютное число занятых врачебных должностей.

8. Коэффициент выполнения объема деятельности ( $K_{об}$ ):

$$K_{об} = \text{Фо} : \text{По}$$

Где,  $\text{Фо}$  - фактические объемные показатели деятельности;

$\text{По}$  - плановые объемные показатели деятельности.

Показатель отражает степень интенсивности лечебно-профилактической деятельности.

Наряду с вышеуказанными показателями, отражающими эффективную деятельность ЛПУ, сегодня актуальна оценка качества проводимой работы. В этом отношении о работе медицинского учреждения позволяют судить:

1. Коэффициент качества медицинской помощи ( $K_k$ ):

$$K_k = \frac{Чс}{Чо}$$

Где,  $Чс$  - число случаев полного соблюдения адекватных технологий;

$Чо$  - общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи.

Показатель используется в ходе проведения экспертами страховых компаний вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи (как правило, выборка бывает несплошной).

2. Летальность ( $L$ ) рассчитывается по формуле

$$L = \frac{ЧЛ}{ЧВ} * 100\%$$

Где,  $ЧЛ$  - число умерших в стационаре;

$ЧВ$  - число выбывших больных.

3. Коэффициент результативности ( $K_p$ ):

$$K_p = \frac{Чд}{Чо}$$

Где,  $Чд$  - число достигнутых результатов лечения;

$Чо$  - общее число случаев оказания медицинской помощи.

4. Коэффициент социальной удовлетворенности ( $K_{су}$ ):

$$K_{су} = \frac{Ку}{Ко}$$

Где,  $Ку$  - число пациентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью;

$Ко$  - общее количество пролеченных пациентов.

5. Интегральный показатель результативности и эффективности деятельности медицинских учреждений ( $IП$ ):

$$ИП = \Pi_i * K_j$$

Где,  $i$  - номер вышеуказанного показателя;

$\Pi$  - показатель, ранжированный с помощью приведения к интервальному выравниванию (от 0 до 1) значений  $i$ -показателей;

$K_j$  - сформированная группа  $j$  -показателей.

Таким образом, факторообразующие группы показателей, влияющие на процесс функционирования государственного (муниципального) учреждения здравоохранения в условиях рыночного позиционирования, могут быть использованы для следующей оценки:

— *положение на рынке медицинских услуг*: рекомендованные цифры муниципального заказа и их фактическое выполнение; количественные объемно-финансовые показатели: объем медицинских услуг по профилям и источникам финансирования; число проведенных койко-дней и пролеченных больных по профилям и нозологическим группам; уровень стоимостных характеристик единицы медицинских услуг и т. д.;

— *организационные факторы использования ресурсов*: показатель средних издержек; показатели эффективности материальных ресурсов по группам потребляемых ресурсов и др.;

— *инновационный уровень и развитие материально-технической базы*: фондовооруженность - фондоотдача, удельный вес затрат на приобретение оборудования в стоимости единицы услуги, количество новых методик;

— *финансовое состояние*: стратегия доходов и расходов учреждения; показатели окупаемости расходов, ликвидности, платежеспособности, бухгалтерской прибыли и т. д.;

— *характеристика кадрового потенциала*: показатели численности кадров по категориям и стажу, коэффициенты укомплектованности кадров, совместительства, показатели выполнения норм нагрузки и выработки, производительности труда, показатели средней заработной платы и др.

## Вопросы для семинара

1. Что такое эффективность и эффективность здравоохранения?
2. Как здравоохранение участвует в увеличении ВВП и экономическом росте государства?
3. Почему здравоохранение является наиболее социально значимой отраслью хозяйства?
4. Каковы основные направления повышения экономической социальной и медицинской эффективности
5. От каких показателей зависит эффективность при расчете медицинского эффекта от сокращения сроков лечения больных?
6. От каких показателей зависит эффективность при расчете медицинского эффекта от предотвращения инвалидности?
7. От каких показателей зависит эффективность при расчете медицинского эффекта от сокращения заболеваемости с ВУТ?
8. В чем сущность экономического анализа?
9. Какие группы показателей необходимо учитывать при проведении экономического анализа деятельности ЛПУ

## Практические задания

**Задание 1.** Соотнесите термины и их содержание

- а) эффективность
- б) эффект
- в) эффективность общественного производства
- г) медицинский эффект
- д) социальный эффект
- е) экономический эффект
- ж) производительность труда
- з) фондоотдача в лпу
- и) фондовооруженность
- к) материалоемкость

л) финансово-экономический анализ

м) точка безубыточности

н) коэффициент социальной удовлетворенности

1. Отношение достигнутых результатов к затратам на их достижение
2. Эффект, который выражает достижение поставленных задач в области диагностики, лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности
3. Отношение стоимости оказанных медицинских услуг за определенное время (например, за год) к среднегодовой стоимости основных фондов.
4. Отношение материальных затрат в форме различных предметов труда и стоимости продукции и услуг, произведенных на их основе
5. Отношение объема произведенных товаров или услуг в натуральном или стоимостном выражении и количеством рабочего времени на их производство
6. Эффект характеризуется снижением смертности, увеличением продолжительности жизни, увеличением трудоспособного периода жизни, повышением рождаемости и т.п.
7. Изучение стоимостных показателей и финансовых результатов (себестоимости, прибыли, рентабельности, стоимостного объема услуг, обеспеченности финансовыми ресурсами).
8. Эффект, который характеризует прирост национального дохода за счет проведения лечебно-профилактических, оздоровительных мероприятий и уменьшение потерь в связи с заболеваемостью, инвалидностью, преждевременной смертностью.
9. Отношение стоимости основных фондов к числу медицинских работников (врачей и медицинских сестер).
10. Соотношение конечного результата производства- продукта и затрат совокупного труда на его получение
11. Получение положительного результата деятельности

12. Объем реализации услуг, при котором деятельность по предоставлению медицинских услуг не имеет убытков, но и не приносит прибыли

13. Отношение числа пациентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью к общему количеству пролеченных пациентов

## **Задание 2.** Решите следующие задачи

1. Определить экономический эффект и эффективность от сокращения сроков лечения в стационаре. В стационаре с применением новой медицинской технологии в 2009 г. пролечено 200 человек, из них 100 - работающие в разных отраслях экономики. В среднем на 1 работника создается за рабочий день национального дохода 1250 руб.. Среднедневные выплаты пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования - 533 руб. Стоимость лечения одного больного в расчете на 1 календарный день временной нетрудоспособности составляет 850 руб. Благодаря новой медицинской технологии средние сроки лечения сократились с 14 до 10 дней.  $T_p = T_k \times 0,7$ . Затраты на ее внедрение составили 140 тыс. руб.

2. Определить экономический эффект и эффективность проведения профилактических мероприятий на предприятии «Сокол» в 2009 г., в результате которых заболеваемость работников с временной утратой трудоспособности снизилась в расчете на одного человека за год с 12 до 8 календарных дней. В среднем одним работником за рабочий день производится чистой прибыли 1250 руб. Среднедневные выплаты пособий за счет средств социального страхования - 100 руб. Из общего количества дней временной нетрудоспособности 80% дней приходится на амбулаторно-поликлиническое лечение, а 20% -на стационарное лечение. Средняя стоимость одного койко-дня в стационаре – 1380 руб., средняя стоимость одного поликлинического посещения – 218 руб. Поликлиника посещается больными за дни болезни в среднем один раз в 3 дня (или к больному приходит врач). Затраты на проведение профилактических мероприятий

составили 609,6 тыс. Среднегодовая численность работающих - 1000 человек. Принять  $T_p = T_k \times 0,7$ .

**3.** Определить годовой экономический эффект от предотвращения инвалидности 45-летней женщине, которой в результате успешно проведенной врачами операции полностью сохранена работоспособность. В среднем в данном году производилось национального дохода в расчете на одного работающего 350 тыс. руб. Среднегодовая пенсия по инвалидности - 60 тыс. руб. Дополнительные государственные затраты на лечение одного инвалида – 76 тыс.руб.

**4.** Определите экономические потери от заболеваемости работников с временной утратой трудоспособности на предприятии «Заря» в 2009 г., на котором работают 1000 человек. В среднем одним работником за рабочий день производится чистой прибыли 1250 руб. Среднедневные выплаты пособий за счет средств социального страхования - 533 руб. Стоимость лечения одного больного в расчете на 1 календарный день временной нетрудоспособности составляет 850 руб. на одного работающего число дней с ВУТ в 2009 г. Составило 12 календарных дней.

**5.** Определить годовой экономический эффект от сохранения жизни ребенка, если средняя продолжительность рабочего периода жизни в стране 40 лет. В среднем национального дохода в расчете на одного работающего в стране производится на 350 тыс. руб.

**6.** Определить экономические потери от заболеваемости 100 мужчин в 2009 г. с полной потерей трудоспособности, если в среднем они не доработали до пенсии 10 лет: Среднегодовое производство ВРП на одного работника -350 тыс. руб. , среднегодовая пенсия по инвалидности 60 тыс. руб.

**Задание 3.** Выберите правильные варианты ответов

1. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЗАВИСИТ ОТ

1) интенсификации внедрения новой техники и технологий

2) повышения культурно-технического уровня, профессионального роста работников

3) совершенствования организации производства и труда, а также на основе улучшения использования всех имеющихся ресурсов

## 2. РОСТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЗНАЧАЕТ

1) что на каждый рубль затрат получено больше полезного эффекта, который может быть выражен или в натуральных показателях.

2) что на каждый рубль затрат получено больше полезного эффекта, который может быть выражен в стоимостных показателях.

3) что на каждый рубль прибыли затрачено меньше средств и ресурсов

## 3. ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ – ЭТО

1) совокупность методов формирования и обработки данных о производственной и финансовой деятельности медицинских учреждений и их подразделений

2) совокупность методов формирования цены на медицинские услуги

3) совокупность методов формирования системы взаимоотношений с контролирующими органами

## 4. К ФАКТОРООБРАЗУЮЩИМ ГРУППАМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОЦЕСС ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛПУ ОТНОСЯТСЯ

1) положение ЛПУ на рынке медицинских услуг

2) инновационный уровень и развитие материально-технической базы ЛПУ

3) характеристика кадрового потенциала ЛПУ.

## 5. ПОКАЗАТЕЛЬ РАБОТЫ КОЙКИ В ГОДУ ЗАВИСИТ ОТ

1) числа проведенных больными койко-дней

2) числа пролеченных больных

3) числа среднегодовых коек

## 6. ПОКАЗАТЕЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАВИСИТ ОТ

1) числа случаев полного соблюдения адекватных технологий

2) числа пациентов, удовлетворенных полученной медицинской помощью

3) общее число оцениваемых случаев оказания медицинской помощи

## **ГЛАВА 6. ФИНАНСОВАЯ СИСТЕМА И ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*Финансовая система. Государственный бюджет. Бюджетно-налоговая политика. Формирование финансовых потоков медицинской организации. Финансовый анализ. Способы финансирования здравоохранения в разных странах мира. Необходимость развития страховой медицины в РФ. Закон РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». Сущность, цели, виды медицинского страхования в РФ.*

Финансы — это система экономических отношений, которые возникают между государством, юридическими и физическими лицами, между отдельными государствами по поводу формирования, распределения и использования фондов денежных средств. Иными словами, денежные отношения, реализация которых происходит через особые фонды, — это финансовые отношения.

Однако не всякие денежные отношения являются финансовыми отношениями. Финансы отличаются от денег по содержанию и по выполняемым функциям. Финансы — выполняют функцию экономического инструмента распределения и перераспределения валового внутреннего продукта, орудия контроля над образованием и использованием фондов денежных средств.

Сущность финансов проявляется в их функциях: распределительной, контрольной, стимулирующей, фискальной.

*Распределительная функция финансов* заключается в обеспечении субъектов хозяйствования необходимыми финансовыми ресурсами, которые используются в форме денежных фондов целевого назначения.

С помощью налогов в государственном бюджете собираются средства, которые затем направляются на решение различных народно-хозяйственных проблем. То есть государство перераспределяет часть прибыли предприятий, фирм, доходов граждан, направляя ее на развитие производственной и социальной инфраструктуры, на инвестиции в капиталоемкие и фондоемкие отрасли с длительными сроками окупаемости затрат.

Финансы, связанные с движением стоимости общественного продукта, выраженного в денежной форме, обладают свойством количественно (через финансовые ресурсы и фонды) отображать процесс воспроизводства в целом и различные его фазы. Это позволяет систематически контролировать складывающиеся в обществе экономические пропорции, *что отражает другую функцию финансов — контрольную.*

*Стимулирующая функция финансов* проявляется в следующем: маневрируя налоговыми ставками, льготами, штрафами, изменяя условия налогообложения, вводя одни и отменяя другие налоги, государство создает условия для ускоренного развития определенных отраслей и производств, способствует решению актуальных для общества проблем. С помощью налогов, льгот, санкций государство может стимулировать технический прогресс, увеличение числа рабочих мест, капитальные вложения в расширение производства, развитие образования, здравоохранения, культуры и т. д.

*Выполнение финансами фискальной функции* связано с тем, что с помощью налогов достигается изъятие части доходов предприятий и граждан для содержания государственного аппарата, обороны страны и той части непроизводственной сферы, которая либо вообще не имеет собственных

источников доходов либо обладает недостаточными источниками доходов для обеспечения должного уровня развития (фундаментальная наука, театры, музеи).

Совокупность финансовых отношений национальной экономики образует финансовую систему государства. Она состоит из централизованных, децентрализованных финансов и финансов домохозяйств.

Централизованные финансы — это государственная бюджетная система, государственный кредит, специальные внебюджетные фонды, фонды имущественного и личного страхования. Они используются в качестве инструмента регулирования национальной экономики в целом, решения целого ряда важнейших экономических и социальных задач.

Децентрализованные финансы — финансы фирм и предприятий различных форм собственности. Это финансовые отношения между юридическими лицами, юридическими лицами и государством, юридическими и физическими лицами.

В своей стимулирующей функции они используются для регулирования экономических и социальных отношений в рамках отдельных хозяйственных субъектов. Финансы фирм, предприятий и отраслей народного хозяйства составляют основу финансов. Здесь формируется подавляющая часть финансовых ресурсов. От состояния финансов предприятий различных форм собственности во многом зависит общее финансовое положение страны.

Особую роль играют бюджеты регионов (районов) страны, что можно было именовать муниципальными финансами. Для России эта часть финансовой системы весьма значима, так как наша страна состоит из 89 субъектов.

В условиях рыночных отношений предприятия осуществляют свою деятельность на основе коммерческого расчета, при котором доходы должны соответствовать расходам, а главным источником производственного и социального развития коллективов является прибыль. За счет прибыли

формируются производственные и социальные фонды, средства для инвестирования. Используются, в том числе, и ресурсы финансового рынка.

Центральным звеном финансовой системы государства является *бюджетная система*. В России бюджетная система представляет собой сложную иерархию бюджетов различных территориально-административных образований. Функции по составлению и исполнению бюджетов закреплены за органами исполнительной власти. Рассмотрением и утверждением бюджета занимаются законодательные органы власти. В соответствии с законами правительство Российской Федерации принимает постановление о разработке бюджетной системы на предстоящий финансовый год (в России это календарный год). Далее организуется работа по составлению проекта бюджета: прогнозируется социально-экономическое развитие, прорабатываются и согласовываются основные показатели развития.

Ведущим звеном государственной бюджетной системы является *государственный (федеральный) бюджет* — основной финансовый план формирования и использования денежного фонда государства. Именно с его помощью государство осуществляет территориальное и межотраслевое распределение и перераспределение валового национального продукта (до 40% национального дохода).

Учитывая ситуацию, сложившуюся в настоящее время в нашей стране, следует отметить задачи, которые выполняет российский бюджет на данном этапе развития экономики:

- преодоление последствий финансового кризиса, поддержание уровня жизни населения
- прекращение спада экономики и обеспечение экономического роста;
- стабилизация кредитно-денежной системы и курса рубля;
- снижение налоговой нагрузки, создание льготных условий для производственного инвестирования, повышения уровня собираемости налогов;

- снижение неплатежей, сокращение ненадежных форм расчетов, в том числе с использованием бартера;
- полное исполнение государством своих обязательств

Государственный бюджет взаимосвязан с финансовыми планами предприятий и организаций, денежными доходами и расходами населения.

*К доходам бюджета* относятся:

- налоговые доходы (налог на прибыль, на доход на прирост капитала; налоги на товары и услуги, лицензионные и регистрационные сборы; налоги на совокупный доход; налоги на имущество; платежи за пользование природными ресурсами; налоги на внешнюю торговлю и внешнеэкономические операции; прочие налоги, пошлины, сборы);
- неналоговые доходы (доходы от имущества, находящегося в государственной и муниципальной собственности; доходы от продажи земли и нематериальных активов; поступления капитальных трансфертов из негосударственных источников; административные платежи и сборы; штрафные санкции, возмещение ущерба; доходы от внешнеэкономической деятельности; прочие неналоговые доходы);
- безвозмездные перечисления (от нерезидентов; от бюджетов других уровней; от государственных внебюджетных фондов; от государственных организаций; от наднациональных организаций; средства, передаваемые в целевые бюджетные фонды);
- доходы целевых бюджетных фондов (дорожные фонды; экологические фонды; фонд развития таможенной системы, фонд борьбы с преступностью; фонд воспроизводства минерально-сырьевой базы и т. д.).

*Налоговые доходы* федерального бюджета получают с помощью взимания налогов и сборов; неналоговые - связаны с реализацией своего права собственности на основные средства. Кроме того, есть доходы, которые связаны с выполнением административных функций и взиманием штрафных санкций, доходы, которые связаны с безвозмездными перечислениями и процентами за размещение временно свободных средств и

по взаимным расчетам между бюджетами. В соответствии со ст. 236 БК РФ размещение бюджетных средств на банковских депозитах, получение дополнительных доходов в процессе исполнения бюджета за счет размещения их на банковских депозитах и передача полученных доходов в доверительное управление не допускается, за исключением случаев, предусмотренных БК РФ.

*Расходы бюджета* связаны с выполнением государством своих функций как внутри страны, так за рубежом. Расходы бюджета классифицируются:

- на текущие расходы;
- капитальные расходы;
- предоставление кредитов (бюджетных ссуд).

Текущие расходы бюджета обеспечивают функционирование органов государственной власти, органов местного самоуправления, бюджетных учреждений, оказание государственной поддержки другим бюджетам и отдельным отраслям экономики в форме дотаций, субвенций, субсидий.

В категорию «текущие расходы» включаются следующие группы расходов:

- выплаты процентов;
- субсидии и текущие трансферты;
- расходы на закупки товаров и оплату услуг;
- оплата услуг по признанию прав собственности за рубежом.

*Субсидии* - бюджетные средства, предоставляемые бюджету другого уровня бюджетной системы РФ, физическому, юридическому лицу на условиях долевого финансирования расходов. Различают прямые субсидии, направленные на развитие необходимых отраслей экономики, и косвенные, представляющие собой систему льготных налоговых ставок, политику ускоренной амортизации и т. п.

*Трансферты* - бюджетные средства для финансирования обязательных выплат населению: пенсий, стипендий, пособий, компенсаций, других социальных выплат.

В свою очередь в *группу расходов на закупки товаров* и оплату услуг включаются следующие предметные статьи:

- оплата труда государственных служащих;
- страховые взносы на государственное социальное страхование;
- приобретение предметов снабжения и расходных материалов;
- командировки и служебные разъезды; оплата транспортных услуг;
- оплата услуг связи;
- оплата коммунальных услуг;
- оплата услуг по типовому проектированию;
- прочие текущие расходы на закупки товаров и оплату услуг.

Капитальные расходы бюджетов - часть расходов, обеспечивающая инновационную и инвестиционную деятельность. Эти расходы включают:

- инвестиции в действующие или вновь создаваемые юридические лица в соответствии с утвержденной инвестиционной программой;
- средства, предоставляемые в качестве бюджетных кредитов на инвестиционные цели юридическим лицам;
- расходы на проведение капитального ремонта и другие расходы, связанные с расширенным воспроизводством;
- расходы, при осуществлении которых создается или увеличивается имущество, находящееся в федеральной собственности, собственности субъектов РФ, муниципальной собственности.

Одним из условий отнесения организации к некоммерческой называется преимущественно бюджетное финансирование.

Некоммерческая организация в соответствии с требованиями методологии бухгалтерского учета должна вести отдельный учет всех поступающих финансовых средств, а именно: средств по уставной

деятельности или бюджетных и средств от предпринимательской деятельности.

Основными источниками формирования финансовых средств некоммерческой медицинской организации являются:

- целевые поступления в денежной и натуральной формах (бюджетные средства по смете расходов, средства обязательного медицинского страхования);
- пожертвования и благотворительные поступления от юридических и физических лиц;
- доходы от предпринимательской деятельности (платные услуги населению по прямым договорам с населением и работодателями и по договорам через страховые медицинские организации в рамках ДМС, доходы от сдачи имущества в аренду).

Целевые поступления не являются доходом некоммерческой организации и выведены из-под налогообложения. В остальных случаях с суммы превышения доходов от предпринимательской деятельности над расходами от этой деятельности некоммерческая организация будет платить налог на прибыль.

Бюджетное финансирование - финансирование некоммерческой медицинской деятельности, осуществляемое государством или иным собственником учреждения здравоохранения, производимое на основании сметы расходов учреждений.

На рисунке 9 представлена структура финансовых средств некоммерческой медицинской организации.

*Вступительные и членские взносы* относятся к регулярным поступлениям от учредителей. Учредители, как правило, не наделяют организацию правами собственности на переданное ей имущество.

Некоммерческие медицинские организации могут не создавать уставный капитал. Однако некоторые организации создаются в такой форме, которая предусматривает создание уставного фонда, а участники не имеют

права на переданное им имущество. Иногда уставный фонд формируется за счет вступительных и членских взносов, а также за счет добровольных пожертвований и целевых взносов.

*Взносы учредителей* характерны для организаций, созданных на имущественных взносах учредителей и владеющих имуществом, которое передается в собственность для осуществления уставных целей.

*Пожертвования от юридических и физических лиц* могут осуществляться в натуральной и денежной форме.



## **Рис. 9. Схема формирования финансовых потоков в некоммерческой медицинской организации**

Пожертвования в медицинскую организацию могут носить целевой характер, т. е. выделяться для решения определенных задач. Некоммерческая медицинская организация сама может определять направления и способы использования полученных пожертвований в соответствии с уставом и законодательством.

Для благотворительных пожертвований в денежной форме, например, предусмотрено не менее 80% расходов только на соответствующие цели в течение года с момента их получения.

*Целевые поступления* - вид финансирования медицинской организации за счет средств внебюджетных источников. Целевые поступления должны равняться расходам. С этим направлением финансовых средств связано понятие государственного социального заказа. Обеспечивается государственный социальный заказ за счет бюджетных и внебюджетных источников, используемых для решения социально значимых проблем. Механизмом реализации государственного социального заказа может быть поддержка проектов и целевых программ. Так, и здравоохранении действует федеральная целевая комплексная программа «Материнство и детство», финансируемая в том числе по линии средств государственного бюджета.

В условиях рыночной экономики с помощью финансирования целевых программ на выполнение социальных услуг реализуются социальные гарантии государства населению.

Для эффективного использования бюджетных средств, направляемых на финансирование целевых программ в области социальных услуг необходимо составлять программу финансирования с указанием видов услуг, их объема и размера средств на реализацию. Реализация государственных и муниципальных целевых программ в здравоохранении может осуществляться с привлечением средств органов государственной власти и

местного самоуправления. В отличие от целевых программ финансирования предоставление *государственных субсидий* некоммерческим медицинским организациям не предусматривает выполнения конкретных программ и связано с покрытием определенных видов расходов на условиях долевого финансирования.

*Гранты* - целевые средства, предоставляемые безвозмездно иностранными благотворительными организациями в денежной и натуральной форме на проведение научных или других исследований, опытно-конструкторских работ, обучение, лечение и другие цели с последующим отчетом об их использовании. Получателями гранта могут быть юридические и физические лица. Грант, предоставляемый медицинской организации, является разновидностью пожертвования, предусмотренного ст. 582 ГК РФ. С момента получения грант становится собственностью грантополучателя. Медицинская организация обязана использовать его по целевому назначению и представить грантодателю отчет об использовании.

*Целевые средства*, полученные не от благотворительной организации, формально под определение гранта не подпадают, хотя тоже не подлежат налогообложению. Расходование гранта происходит в соответствии с бюджетом гранта.

Доходы бюджетных медицинских организаций, получаемые от оказания платных услуг юридическим и физическим лицам, являются доходами от предпринимательской деятельности, и сумма превышения доходов над расходами облагается налогом на прибыль в общеустановленном порядке.

Если бюджетная организация занимается несколькими видами предпринимательской деятельности, по которым установлены еще и разные ставки налога на добавленную стоимость, то исчисление налога осуществляется по каждому виду деятельности по соответствующим ставкам.

Налогооблагаемая база бюджетных медицинских организаций определяется как разница между суммой полученного дохода от реализации услуг и фактическими расходами, включенными в перечень расходов бюджетной классификации.

Учет доходов и расходов от предпринимательской деятельности ведется отдельно по каждому виду и отдельно от основной бюджетной деятельности.

Расходование внебюджетных средств медицинских организаций осуществляется согласно утвержденным в установленном порядке сметам доходов и расходов.

Распределение расходов на коммунальные услуги, услуги связи, транспортных расходов по перевозке административно-управленческого персонала на бюджетную и предпринимательскую деятельность производится пропорционально объему средств, полученных от предпринимательской деятельности в общей сумме средств (поступлений).

К целевым средствам бюджетных организаций здравоохранения, не учитываемых в составе доходов для целей налогообложения, также относятся: средства, полученные из фондов ОМС через организации страховщиков; суммы экономии по смете расходов по бюджету, перечисленные по результатам года на текущие внебюджетные счета.

В медицинских организациях различают внереализационные доходы и расходы, которые не связаны непосредственно с реализацией медицинских работ, услуг.

*Внереализационные доходы ЛПУ:*

- доходы, полученные от долевого участия в других предприятиях, дивиденды по акциям, облигациям, ценным бумагам;
- доходы от сдачи имущества в аренду (по сдаче в аренду имущества государственных учреждений, находящихся в федеральной собственности, действует порядок их учета как средств дополнительного бюджетного финансирования);

- прибыль от участия в совместной хозяйственной деятельности без образования юридического лица (ежеквартально от участника, ведущего баланс на основании протокола распределения результатов совместной деятельности);
- суммы, поступившие в погашение дебиторской задолженности, списанной в прошлые годы в убыток как безнадежные к получению;
- присужденные или признанные должником штрафы, пени, неустойки и другие виды санкций за нарушение условий договора, а также по возмещению причиненных убытков;
- прибыль прошлых лет, выявленная в отчетном году по результатам инвентаризации имущества, дебиторской и кредиторской задолженности;
- положительные курсовые разницы по валютным счетам, а также операциям в иностранной валюте;
- денежные средства, полученные безвозмездно.

*Внереализационные расходы ЛПУ:*

- затраты на содержание законсервированных объектов (кроме затрат, возмещенных из других источников);
- затраты по аннулированным производственным заказам, а также затраты на производство, не давшее продукции (за исключением затрат, возмещенных заказчиком, за вычетом стоимости используемых материалов);
- суммы сомнительных долгов по расчетам с другими физическими лицами;
- убытки по операциям прошлых лет, выявленных в отчетном году, принадлежность которых к предшествующим периодам подтверждена документально;
- списание недостач по результатам инвентаризаций;
- списание присужденных штрафов, пеней;
- отрицательные курсовые разницы по валютным счетам;
- судебные издержки и арбитражные сборы;

- некомпенсируемые потери от стихийных бедствий на основании подтверждающих документов;
- расходы по оплате отдельных видов налогов и сборов: на имущество, рекламу и т. д.

В настоящее время – время перемен в бюджетной сфере. Наступающая реформа касается вопроса финансирования бюджетных учреждений, в частности лечебно-профилактических учреждений. Радикально меняется механизм доведения казенных денег до больниц и поликлиник. Сегодня собственник ЛПУ (муниципалитет, региональное правительство, федеральный центр) финансирует их через смету и отвечает по его обязательствам. Возможности самостоятельной хозяйственной деятельности у них ограничены. В результате реформы собственник каждый год станет определять для ЛПУ государственные задания по оказанию медицинских услуг и давать на эти цели субсидии. Главврачи получают больше возможностей легально зарабатывать и самостоятельно распоряжаться заработанным. Данный статус является близким к статусу автономных учреждений. Закон «Об автономных учреждениях», принятый в 2006 году, позволяет получить относительную хозяйственную свободу, перейдя на государственные задания, всем бюджетным учреждениям, которые того захотят (в медицине создавать автономные учреждения закон запрещал). Однако новый проект приказа, вступающий в силу в 2012 году, позволяет всем бюджетным учреждениям получить этот статус, исключение составляют психиатрические стационары, лепрозории, противочумные станции и др.

При традиционном бюджетном финансировании, обеспечивающем гарантированность поступления средств, анализ финансового положения больницы или поликлиники просто не имел смысла. Однако в наши дни анализ финансового положения ЛПУ необходим, поскольку от этого зависит само выживание учреждения. Причем для ЛПУ важно знать не только сумму

поступления финансовых средств, но и размер потенциально возможных доходов и, соответственно, размер упущенной выгоды.

Финансовый анализ медицинского учреждения является составной частью экономического анализа. Он представляет собой совокупность методов сбора и обработки данных о производственно-финансовой деятельности, обеспечивающих оценку и принятие управленческих решений. Финансовый анализ важен не только для определения стратегии деятельности самих медицинских учреждений, но и для организации контроля со стороны вышестоящих органов, территориального фонда и страховых медицинских организаций за рациональностью использования средств, для оценки эффективности действующего хозяйственного механизма в целом.

При традиционном бюджетном финансировании, обеспечивающем гарантированность поступления средств, анализ финансового положения больницы или поликлиники просто не имел смысла. Однако в наши дни анализ финансового положения ЛПУ необходим, поскольку от этого зависит само выживание учреждения. Причем для ЛПУ важно знать не только сумму поступления финансовых средств, но и размер потенциально возможных доходов и, соответственно, размер упущенной выгоды.

На финансовое состояние медицинского учреждения влияют две основные группы факторов:

1) внешние факторы:

— система финансирования (оплаты оказанных медицинских услуг); уровень тарифов;

— величина подушевых нормативов;

— система налогообложения и т. д.

Поскольку медицинское учреждение не имеет возможности влиять на эти факторы, оно вынуждено приспосабливаться к ним. внешние факторы определяют разновыгодность тех или иных видов медицинской помощи, направлений деятельности и т. д. вне связи с реальными показателями

работы медицинского учреждения. Это те ориентиры, которым должны следовать ЛПУ при выборе наиболее рациональных с экономической точки зрения направлений деятельности в данных условиях. На самом деле вовсе не обязательно, что это наиболее эффективные виды деятельности с точки зрения общества в целом или с медицинской точки зрения;

2) внутренние факторы:

- структура ЛПУ;
- показатели работы учреждения и его подразделений;
- система стимулирования (система оплаты труда) и т. д.

Внутренние факторы определяются особенностями самого медицинского учреждения. Медицинское учреждение может повлиять на внутренние факторы, изменив что-то в своей работе.

В итоге, медицинское учреждение строит свою работу с учетом как внешних, так и внутренних факторов и в связи с этим различают показатели работы подразделений медицинского учреждения как результат их собственного труда показатели как результат, связанный с внешними факторами (цены и т. д.).

Для планирования всей деятельности ЛПУ необходимо проводить комплексный анализ состояния данной организации на рынке услуг здравоохранения – SWOT анализ (ССВУ). Условно составляется система координат, с помощью которой финансовый менеджер или главный врач анализирует положение учреждения на рынке (рис.10).

**СЛАБЫЕ СТОРОНЫ ЛПУ**  
на рынке медицинских услуг:

**СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ ЛПУ**  
на рынке медицинских услуг:

<p><b>УГРОЗЫ ИЗВНЕ</b> (факторы, на которые ЛПУ не может повлиять, но которые должна учесть при принятии финансово-экономических решений):</p>	<p><b>ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ ЛПУ</b> в настоящее время и в перспективе:</p>
--	--

**Рис.10. Структура SWOT- анализа деятельности ЛПУ**

Из-за недостаточного уровня тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, ЛПУ даже при хороших производственных показателях (например, при высоких значениях функции врачебной должности или оборота койки) может испытывать серьезные финансовые трудности или, наоборот, благодаря стабильному бюджетному финансированию иметь хорошее финансовое положение при низких производственных показателях.

Поэтому необходимо различать такие понятия, как «финансовая деятельность» и «финансовое положение». Термин «финансовая деятельность» характеризует финансовые результаты, эффективность деятельности медицинского учреждения за определенный период (месяц, квартал, год и т. д.) безотносительно к стартовому состоянию. Другими словами, на основе показателей финансовой деятельности можно определить: хорошо или плохо «сработало» медицинское учреждение за этот период. Однако, несмотря на успешную работу учреждения, его реальное финансовое положение может оказаться тяжелым из-за долгов, имевшихся на начало периода.

Финансовое положение характеризует статику, состояние финансов учреждения на определенный момент, конкретную дату. В финансовом положении отражается как состояние финансов на предыдущую дату, так и произошедшие за этот период изменения. Другими словами, «финансовое положение на определенную дату» - это «финансовое положение на предыдущую дату» плюс «финансовая деятельность за период между этими датами».

Универсальным документом, отражающим как финансовое положение медицинского учреждения, так и результаты его финансовой деятельности, является бухгалтерский баланс. По данным бухгалтерского баланса могут быть рассчитаны финансовые коэффициенты ожидаемой деловой активности учреждений и организаций здравоохранения (в днях), такие как:

- 1) продолжительность оборота запасов ( $K_{обз}$ ) - среднегодовая стоимость оборотных средств, умноженная на 360 и деленная на выручку от реализации;
- 2) продолжительность оборота дебиторской задолженности ( $K_{одз}$ ) - среднегодовая стоимость дебиторской задолженности, умноженная на 360 и деленная на выручку;
- 3) продолжительность оборота кредиторской задолженности ( $K_{окз}$ ) - среднегодовой размер кредиторской задолженности, умноженный на 360 и деленный на себестоимость услуг;
- 4) продолжительность операционного цикла ( $\Pi_{оц}$ ) - сумма дней оборота запасов и дебиторской задолженности;
- 5) продолжительность финансового цикла ( $\Pi_{фц}$ ) - разность между продолжительностью операционного цикла и продолжительностью оборота кредиторской задолженности.

Важнейшими характеристиками финансового состояния ЛПУ являются:

- *ликвидность организации* (учреждения) - способность своевременно исполнять свои обязательства по всем видам платежей;
- *ликвидность активов* - способность активов трансформироваться в денежные средства, а степень ликвидности определяется продолжительностью временного периода, в течение которого эта трансформация может быть осуществлена;
- *платежеспособность организации* - это наличие денежных средств и их эквивалентов, достаточных для расчетов по кредиторской задолженности, требующей немедленного погашения.

Проводя финансовый анализ необходимо оценивать также финансовую устойчивость ЛПУ. Финансовая устойчивость - это стабильность деятельности в среднесрочной перспективе. Финансовую устойчивость оценивают исходя из следующих результатов: анализа имущественного состояния, динамики и структуры источников финансирования, наличия оборотных средств, анализа ликвидности и платежеспособности ЛПУ.

Необходимость ведения финансового анализа усиливается при развитии предпринимательской деятельности ЛПУ. Умелая организация платных услуг способствует нормализации финансового положения учреждения и является результатом просчитанного управления всей совокупностью производственно-хозяйственных факторов. Это принципиальное замечание следует иметь в виду, формируя современную модель управления деловой активностью медицинской организации, независимо от формы собственности и организационно-правовой формы.

В зависимости от финансирования в настоящее время в мире существуют три основные формы или системы здравоохранения:

1. *Государственная система* (система Бевериджа). Основными характеристиками данной системы являются:

- центральное и региональное планирование,
- финансирование путем прямого налогообложения,
- управление системой через медицинских работников,
- контроль качества со стороны государств и медицинских работников,
- экономичное использование ресурсов,
- низкая оплата труда персонала,
- низкие административные расходы.

Можно выделить принципиальные проблемы данной системы:

- мало стимулов для повышения эффективности лечебной работы,
- государство сдерживает рост расходов посредством макроэкономических моментов,
- учет мнения и свобода выбора для пациентов ограничены,

— очереди являются регулятором обеспечения медицинской помощи и стимулируют частную практику в отношении привилегированного населения.

— недостаточная комфортность больниц,

— неравенство в доступности медицинской помощи для отдельных социальных групп и территорий,

— централизованное планирование ограничивает новаторство, слабо учитывает местные интересы и интересы потребителей,

— тенденция к ограничению контактов пациента и персонала стенами ЛПУ,

— государственный монополизм в определении приоритетов,

— авторитарная система управления, слабые связи между центром и периферией.

2. Система медицинского страхования, или система Бисмарка. Основными характеристиками данной системы являются:

— децентрализованное финансирование,

— свобода выбора страховых организаций,

— конкуренция между страховыми организациями,

— большое внимание контролю над качеством и расходами со стороны страховых организаций,

— разделение в финансировании государства,

— высокий комфорт больниц, широкий их выбор.

Принципиальные проблемы:

— неравенство в доступности медицинской помощи для различных социальных групп и территорий,

— тенденция к неоправданному росту стоимости медицинской помощи,

— плохой контроль над деятельностью персонала,

— пренебрежение пациентами, входящими в группу высокого риска, длительно находящимися в стационаре и незастрахованными (5 — 10% населения),

— слабое внимание долгосрочному планированию,

- низкий приоритет общественного здравоохранения, профилактики, укрепления здоровья и санитарного просвещения,
- высокие административные расходы (особенно на обработку информации и финансовые расчеты).

3. *Частная (рыночная) система здравоохранения* Основными характеристиками данной системы являются:

- широкий выбор услуг, соответственно интересам пациентов,
- отсутствие очередей,
- гарантия доступности специализированной помощи,
- конфиденциальность лечения, внимание к пациенту,
- высокое качество условий госпитализации. Принципиальные проблемы:
- высокая стоимость,
- низкая доступность для неимущих,
- большое число судебных процессов,
- неадекватное территориальное распределение медицинских учреждений,
- низкая степень использования капитала и кадровых ресурсов,
- недостаточное внимание к оказанию помощи на дому и профилактике, ограниченный спектр деятельности вспомогательного персонала по уходу за больными.
- трудности регулирования и контроля качества лечебной работы.

В I группу стран (с преобладанием государственного финансирования здравоохранения) входят Дания, Англия, Канада, Италия, Швеция, Норвегия, Финляндия. Преимущественно страховая система здравоохранения имеет место в Германии, Франции, России. В США превалирует система добровольного медицинского страхования.

В последние годы произошли изменения в системе финансирования здравоохранения, связанные с введением обязательного медицинского страхования граждан в РФ. Система ОМС в РФ в соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РСФСР»; принятом в 1991г., начала функционировать с 1993 г. Значительная часть финансирования

здравоохранения производится через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), за счет которого осуществляется около одной четверти всех затрат здравоохранения.

Медицинское страхование в РФ является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Целью его является - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств (страховых фондов), а также финансировать профилактические мероприятия.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. *Обязательное медицинское* страхование является частью государственного социального страхования. ОМС обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС. *Добровольное медицинское* страхование (ДМС) осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, сверх установленных программами ОМС.

Субъектами медицинского страхования являются: гражданин, страхователь, страховщик (страховая медицинская организация), медицинское учреждение. Отношения между субъектами страхования оформляются договорами. Страхователем работающего населения являются предприятия, организации, а страхователем неработающего населения выступает государство (в лице местных органов исполнительной власти). Взносы предприятий на ОМС устанавливаются в законодательном порядке в проценте от фонда оплаты труда (ФОТ). За счет отчислений страхователей формируются финансовые средства государственной системы ОМС.

Для реализации государственной политики в области ОМС созданы Федеральный фонд ОМС (ФФОМС) и территориальные фонды ОМС (ТФОМС), которые являются самостоятельными и не

коммерческими. Финансово-кредитными учреждениями Территориальные фонды ОМС создают свои филиалы.

Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ, они не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию.

В системе ОМС возможны две схемы финансирования медицинских организаций:

- финансирование через страховые медицинские организации, осуществляющие ОМС;
- финансирование медицинских организаций филиалами ТФОМС.

В «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ» отмечается, что применение второй схемы целесообразно для сельской местности и районов с малой плотностью населения, где затруднена деятельность страховых организаций и их конкуренция друг с другом. По второму варианту финансирования страховщиками вместо страховых медицинских организаций выступают филиалы ТФОМС.

Анализ современного состояния страховой медицины свидетельствует о проблемах в этой системе. Главная проблема – несбалансированность программ ОМС с имеющимися финансовыми ресурсами, зависимость денежных поступлений в территориальные фонды ОМС от финансового благополучия региона. Отсутствует единый федеральный управляющий орган с обязательностью исполнения принимаемых им нормативных актов. Нереализованными оказались ожидания в отношении конкуренции страховщиков, которые не несут финансовых рисков в отношении оплаты медицинской помощи. Господствующая в большинстве регионов двухканальная система финансирования здравоохранения ограничивает возможности финансового планирования и использования методов оплаты за результаты деятельности ЛПУ.

Разный уровень реализации базовой программы ОМС в различных субъектах РФ приводит к неравенству граждан на различных территориях

страны при реализации их права на получение медицинской помощи. С этим связана и проблема оказания медицинской помощи иногородним гражданам, особенно неработающим, когда гражданин одного субъекта РФ не может получить медицинскую помощь на территории другого субъекта несмотря на наличие у него полиса ОМС. Проблемы усугубляются отсутствием единой информационной базы данных застрахованных в системе ОМС граждан по всей Российской Федерации. Положение усугубляется незнанием своих прав как самими застрахованными, так и страхователями. Часто работодатели не информированы о том, что они обязаны заключить договор обязательного медицинского страхования в отношении своих работников. Страхователи не пользуются и возможностью требовать проведения медико-экономической экспертизы соответствия медицинской помощи договорным обязательствам.

Данные зарубежной и отечественной литературы свидетельствуют о том, что степень развития добровольного медицинского страхования зависит от гарантированного в стране объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджета и средств ОМС. К сожалению, в России, несмотря на недостаток вышеуказанных источников добровольное медицинское страхование вытесняется платными медицинскими услугами, которые сегодня оказываются в государственных и муниципальных ЛПУ. В настоящее время для системы ДМС характерны следующие проблемы:

1. Низкий уровень доходов населения;
2. Отсутствие доверия со стороны населения к страхованию;
3. Отсутствие экономических стимулов, в т.ч. налоговых, для участия населения и работодателей в долгосрочном страховании здоровья и жизни;
4. Нехватка медицинских учреждений, оснащенных современным оборудованием;
5. Недостаточная информированность населения о программах ДМС.

Следует подчеркнуть, что для гармонизации ОМС и ДМС предварительно требуется совершенствование государственного регулирования правовых, экономических, организационных отношений в

сфере производства, продажи, потребления платных медицинских услуг населению.

В целом размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и средств ОМС не удовлетворяют потребности здравоохранения. На финансовом положении здравоохранения в целом сказывается состояние экономики страны, инфляция. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, минимальная доля здравоохранения в ВВП страны должна быть не ниже 5%. Существенное увеличение объемов финансирования при одновременном совершенствовании системы финансирования здравоохранения и повышении эффективности использования средств - важнейшее условие выхода российского здравоохранения из кризиса и обеспечения населения необходимой медицинской помощью.

### **Вопросы для семинара**

1. На каких экономических уровнях возможно появление финансовых отношений?
2. Каковы особенности формирования системы финансов в РФ?
3. Какие существуют источники финансирования здравоохранения?
4. Какие способы финансирования ЛПУ Вы знаете?
5. Каковы достоинства и недостатки частного финансирования здравоохранения в зарубежных странах?
6. Какие основные направления совершенствования системы финансирования здравоохранения РФ могут быть предложены?
7. Как определяются региональные подушевые нормативы на медицинское обслуживание?
8. Как определяется индекс человеческого развития общества?

### **Практические задания**

**Задание 1.** Соотнесите термины и их содержание

- а) финансы
- б) финансовый менеджмент
- в) децентрализованные финансы
- г) централизованные финансы
- д) федеральный бюджет
- е) финансовые ресурсы ЛПУ
- ж) целевые поступления
- з) ликвидность организации
- и) уставный фонд
- к) заемные средства ЛПУ
- л) кредиторская задолженность лпу
- м) дебиторская задолженность лпу
- н) гранты
- о) нематериальные активы
- п) бухгалтерская отчетность

1. Денежные средства (собственные и привлеченные), находящиеся в хозяйственном обороте для обеспечения функционирования учреждения.

2. Задолженность, возникающая вследствие временного несовпадения между моментами получения работ или услуг и их оплатой поставщикам за полученные товары, оказанные услуги, по выданным за них контрагентам вексялям, по полученным авансам.

3. Государственная бюджетная система, государственный кредит, специальные внебюджетные фонды, фонды имущественного и личного страхования.

4. Вид финансирования организации за счет средств внебюджетных источников, при этом поступления должны равняться расходам .

5. Система экономических отношений, которые возникают между государством, юридическими и физическими лицами, между отдельными государствами по поводу формирования, распределения и использования фондов денежных средств.

6. Инструмент экономических методов управления, основанный на стратегическом и текущем управлении системой количественных показателей деятельности организации.
7. Основной финансовый план формирования и использования денежного фонда государства.
8. Финансы фирм и предприятий различных форм собственности.
9. Способность учреждения своевременно исполнять свои обязательства по всем видам платежей.
10. Целевые средства, предоставляемые безвозмездно отечественными или зарубежными организациями в денежной или натуральной форме для проведения научных или опытных исследований, обучение, лечение и др. с последующим отчетом об их использовании.
11. Задолженность, которая образуется в результате перечисления поставщикам или подрядчикам авансов, а также вследствие выдачи подотчетным лицам денежных сумм.
12. Средства, которые поступают в распоряжение ЛПУ на фиксированный срок, по истечении которого эти средства должны быть возвращены с определенным процентом или без него их собственнику.
13. Капитал, который создается за счет паевых взносов, взносов учредителей, проданных акций и может быть изменен в процессе деятельности организации.
14. Единая система показателей об имущественном и финансовом положении организации и о результатах ее хозяйственной деятельности, составляемая на основе данных бухгалтерского учета по установленным формам за отчетный период (месяц, квартал, год).
15. Объекты долгосрочного пользования (сроком более 12 месяцев), не имеющие материально-вещественной структуры, но обладающие стоимостной оценкой и приносящие доход. (патенты, свидетельства, авторские права на программы для ЭВМ, базы данных; права на товарный

знак и знак обслуживания, деловая репутация интеллектуальные и деловые качества персонала, квалификация и способность к труду.

**Задание 3.** Выберите правильные варианты ответов

1. ИСТОЧНИКОМ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) совокупный общественный продукт
- 2) перераспределенный валовой внутренний продукт
- 3) внебюджетные фонды
- 4) кредиты

2. ИСТОЧНИКОМ ФОРМИРОВАНИЯ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ НЕКОММЕРЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) целевые поступления в денежных и натуральных формах
- 2) пожертвования и благотворительные поступления юридических лиц
- 3) ссуды и кредиты
- 4) доходы от предпринимательской деятельности

3. К ЗАЕМНЫМ СРЕДСТВАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) устойчивые пассивы
- 2) кредиты и ссуды.
- 3) кредиторская задолженность
- 4) амортизационный фонд

4. ДЛЯ ЛПУ СУБЪЕКТАМИ ФИНАНСОВЫХ ОТНОШЕНИЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) органы городского бюджета
- 2) казначейства, банки.
- 3) фонды омс, страховые и лизинговые компании.
- 4) налоговая инспекция.
- 5) физические лица

5. К ВНЕШНИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ФИНАНСОВОЕ СОСТОЯНИЕ ЛПУ ОТНОСЯТСЯ

- 1) уровень тарифов

- 2) система финансирования
- 3) величина подушевых нормативов
- 4) структура ЛПУ

#### 6. К ВНУТРЕННИМ ФАКТОРАМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ФИНАНСОВОЕ СОСТОЯНИЕ ЛПУ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) система налогообложения
- 2) система стимулирования труда
- 3) показатели работы учреждения
- 4) показатели работы подразделений

#### 7. ДОГОВОР МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИ ОМС ЭТО ДОГОВОР МЕЖДУ

- 1) страхователем и страховой медицинской организацией
- 2) гражданином и страховой медицинской организацией
- 3) страховой медицинской организацией и ЛПУ
- 4) между гражданином и ЛПУ

#### 8. ТАРИФЫ ДМС ДОЛЖНЫ

- 1) полностью компенсировать расходы страховой компании по оплате лечения застрахованных лиц
- 2) частично компенсировать расходы страховой компании по оплате лечения застрахованных лиц
- 3) полностью компенсировать расходы страховой компании по оплате лечения застрахованных лиц, накладные расходы и обеспечить прибыль.

#### 9. ДОГОВОР ДМС МОЖЕТ ЗАКЛЮЧАТЬСЯ

- 1) обязательно на полный курс лечения
- 2) на не полный курс лечения
- 3) на полный не полный курсы и лечения

### **ТЕМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Для самостоятельной проработки предлагается написать рефераты по проблемам, представленным ниже. Объем реферата не должен превышать

12 страниц, шрифт Times New Roman, 14, интервал -1,25, отступ (верх, низ, слева, справа) -2.0

1. Инфляция: значение, виды, темпы роста, индексы, особенности в России.
2. Безработица: значение, виды, уровень и особенности в России.
3. Собственность и ее формы в здравоохранении.
4. Рынок труда и его особенности в РФ.
5. Движущие силы конкуренции и ее особенности в России.
6. Маркетинг в здравоохранении.
7. Оплата труда в здравоохранении

## **ТЕСТЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ**

### **1. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ИЗУЧАЕТ**

- 1) особенности развития экономики в отраслях народного хозяйства
- 2) объективные экономические законы развития общества, экономические отношения людей, проблемы эффективного пользования ресурсов
- 3) объективные экономические законы развития общества и естественные законы природы

### **2. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАКОНЫ ЭТО**

1. законы, отражающие уровень и темпы развития экономики страны
2. законы, вошедшие в гражданский кодекс российской федерации и регулирующие отношения субъектов собственности
3. объективные законы, отражающие общие существенные причинно-следственные связи, внутренне присущие экономическим процессам развития общества

### **3. ЧТО ИЗУЧАЕТ МАКРОЭКОНОМИКА**

- 1) экономические отношения домашних хозяйств, предприятий, фирм
- 2) экономические отношения региональных (область, республика, край), отраслевых и межотраслевых хозяйственных комплексов

3) экономические отношения в масштабе национального хозяйства

4) международные экономические отношения, мировое хозяйство

4. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ - ЭТО ЧАСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ, ОТНОСЯЩАЯСЯ К БЛОКУ

1. фундаментальных экономических наук

2. конкретных экономических наук

3. прикладных экономических наук

4. специальных экономических наук

5. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕКТОМ ИЗУЧЕНИЯ ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1) финансирование здравоохранения в условиях бюджетно-страховой МЕДИЦИНЫ

2) определение экономической эффективности различных видов мед помощи

3) оптимальное использования денежных и трудовых ресурсов

4) экономические обоснованные цен на медицинские услуги, и обеспечения рентабельности ЛПУ

6. ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ ПРОИЗВОДСТВА ЯВЛЯЮТСЯ

1) рабочая сила и финансирование производства, технология и организация

2) рабочая сила и средства производства, технология и организация

3) средства производства и планирование экономики

4. средства производства и экономические отношения

7. ПОД ВОСПРОИЗВОДСТВОМ ПОНИМАЕТСЯ НЕПРЕРЫВНО ВОЗОБНОВЛЯЮЩИЙСЯ ПРОЦЕСС

1) производства, распределения, обмена и потребления жизненных благ

2) производства и потребления жизненных благ

3) приобретения ресурсов, производства, продажи

4) финансирования, приобретения ресурсов, производства, продажи

8. ВАЖНЕЙШИЕ ОБОБЩАЮЩИЕ МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ УРОВЕНЬ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТРАНЫ

1. ВВП (или ВНП), национальный доход

2. себестоимость продукции

3. цена продукции

4. основные производственные фонды страны

9. КРИВАЯ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВЫРАЖАЕТ

1) минимальный объём производства при данном научно-техническом уровне

2) запланированный объём производства на определённый период

3) потенциально возможный объём производства при полном использовании ресурсов и данном научно-техническом уровне

10. ПОКАЗАТЕЛЕМ ИНТЕНСИВНОГО ТИПА ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) НТП, нововведения

2) рост затрат труда и капитала

3) повышение эффективности

4) качественный рост

11. РЫНОК ЭТО

1) совокупность экономических и организационно-правовых отношений, связанных с куплей и продажей товаров

2) совокупность экономических и организационно-правовых отношений, связанных с обменом товаров

3) совокупность экономических и организационно-правовых отношений, связанных с производством товаров

12. К ПРЕИМУЩЕСТВАМ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ ОТНОСЯТСЯ

1) расширение ассортимента предлагаемых товаров и услуг

2) совершенствование структуры общественного производства

3) свобода выбора

4) эффективное распределение и использование ограниченных ресурсов в сфере производства экономических благ

13. К НЕДОСТАТКАМ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ ОТНОСЯТСЯ

1) не развитость производства товаров и услуг социального назначения

2) отсутствие гарантированного права на труд и доход

3) свобода выбора

4) углубление социального неравенства

14. СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА В РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ ДОЛЖНА БЫТЬ НАПРАВЛЕНА НА

1) обеспечение и укрепление национальной безопасности

2) обеспечение законных социальных прав и интересов граждан в соответствии с конституцией рф

3) способствование росту благосостояния народа, повышению качества жизни населения

15. УСЛОВИЕМ СТАНОВЛЕНИЯ РЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие и многообразие форм собственности и видов хозяйствования

2) неограниченное число участников конкуренции, равный свободный доступ на рынок и выход из него

3) равный допуск всех ЛПУ к имеющимся ресурсам

4) наличие у каждого хозяйствующего субъекта информации о спросе и предложении на медицинские услуги

16. СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЧЕРТОЙ РЫНКА УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) зависимость от структуры заболеваемости населения данного региона

2) низкая скорость оборачиваемости капитала,

3) низкая изменчивость рыночной конъюнктуры,

4) возможности врача и медицинской сестры влиять на спрос и на предложение

5) высокая скорость оборачиваемости капитала

17. СПРОС НА МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ ЭТО

1) количество медицинских услуг, которое могут произвести медицинский персонал за некоторый период времени по определенной цене

2) количество медицинских услуг, которое желают и могут произвести медицинский персонал за некоторый период времени по определенной цене

3) количество медицинских услуг, которое желают и могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене

#### 18. ЦЕНА СПРОСА ЭТО

1. минимальная цена, которую покупатели услуги согласны заплатить за определенное количество данного товара
2. максимальная цена, которую покупатели услуги согласны заплатить за определенное количество данного товара
3. максимальная цена, за которую поставщики согласны продать услугу

#### 19. ПРЕДЛОЖЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЭТО

- 1) количество медицинских услуг, которое желают приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене
- 2) количество медицинских услуг, которые врачи и медицинские сестры могут оказать в определенный период времени по определенной цене
- 3) количество медицинских услуг, которое могут приобрести пациенты за некоторый период времени по определенной цене

#### 20. ЦЕНА ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЭТО

- 1) минимальная цена, по которой продавец согласен продать определенное количество данного товара
- 2) максимальная цена, по которой продавец согласен продать определенное количество данного товара
- 3) минимальная цена, по которой покупатель согласен купить определенное количество данного товара

#### 21. ЕСЛИ ЦЕНА НА УСЛУГУ НИЖЕ РАВНОВЕСНОЙ ЦЕНЫ, ТО ВОЗНИКНЕТ

- 1) избыток
- 2) дефицит
- 3) возрастет безработица
- 4) все варианты неверны

#### 22. ЧТО МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ ПАДЕНИЕ СПРОСА НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

- 1) уменьшение доходов потребителей
- 2) увеличение цен на услуги , заменяющие данную услугу  $x$
- 3) ожидание роста цен на услугу  $x$
- 4) падение предложения на услугу  $x$

### 23. ТОВАР ЭТО

- 1) продукт труда, удовлетворяющий какую-либо потребность человека
- 2) полезный продукт, на производстве которого затрачен труд человека, и качество которого отвечает сложившемуся уровню требований к продуктам данного типа
- 3) продукт труда, предназначенный для удовлетворения какой-либо потребности человека и поступающий в потребление через обмен (куплю-продажу)

### 24. СТОИМОСТЬ ТОВАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) качеством товара
- 2) потребностью человека в продукте данного типа
- 3) затратами общественно-необходимого труда товаропроизводителя
- 4) ценой товара

### 25. СТОИМОСТЬ РАБОЧЕЙ СИЛЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) ценой рабочей силы в данный период времени
- 2) величиной заработной платы
- 3) количеством рабочего времени, затрачиваемого работником в определённый период времени (за час, день, месяц)
- 4) стоимостью средств существования, необходимых для работников и его семьи

### 26. ПРИБАВОЧНАЯ СТОИМОСТЬ ЭТО

- 1) стоимость продукции, произведённой работниками за определённый период времени за вычетом стоимости израсходованных средств производства
- 2) часть вновь созданной стоимости, которая создаётся трудом наёмных работников сверх стоимости рабочей силы и поступает предпринимателю
- 3) капитал, направляемый на развитие производства

### 27. РАБОЧИЙ ДЕНЬ НАЁМНОГО РАБОТНИКА ВКЛЮЧАЕТ

1. необходимое и прибавочное время
2. необходимое, свободное, прибавочное время
3. прибавочное время, в течение которого создаётся прибавочная стоимость

## 28. ИЗБЫТОЧНАЯ ПРИБАВОЧНАЯ СТОИМОСТЬ ЭТО

- 1) разница между общественной и индивидуальной стоимостью продукции, которую получают предприятия, имеющие более высокую, чем в среднем по отрасли, производительность труда
- 2) прибавочная стоимость, получаемая за счёт удлинения рабочего дня
- 3) прибавочная стоимость, возникающая вследствие уменьшения необходимого рабочего времени при неизменной продолжительности рабочего дня

## 29. ПРЕДЕЛЬНАЯ ПОЛЕЗНОСТЬ УСЛУГИ ЭТО

- 1) уровень качества товаров, его способность удовлетворять потребности людей
- 2) приращение общей полезности в результате приобретения (потребления) дополнительной единицы данного товара (блага)
- 3) удовлетворение, которое люди получают от потребления определенного набора единиц товара

## 30. ЗАКОН УБЫВАЮЩЕЙ ПРЕДЕЛЬНОЙ ПОЛЕЗНОСТИ ГЛАСИТ

- 1) по мере увеличения количества потребляемого товара его предельная полезность имеет тенденцию к сокращению
- 2) по мере уменьшения количества потребляемого товара его предельная полезность имеет тенденцию к сокращению
- 3) по мере увеличения количества потребляемого товара его предельная полезность увеличивается

## 31. ДЕНЬГИ ВОЗНИКЛИ В ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ ЛЮДЕЙ КАК РЕЗУЛЬТАТ

- 1) общественного договора племён и народов
- 2) случайного открытия жрецов в древнем вавилоне
- 3) волевого решения правителей ряда стран
- 4) стихийного развития форм товарного обмена

5) роста добычи золота и серебра из крупных месторождений

32. НЕОБХОДИМОЕ ДЛЯ ОБРАЩЕНИЯ КОЛИЧЕСТВО ДЕНЕГ ОПРЕДЕЛЯЮЕТСЯ

- 1) суммой золотого запаса страны и скоростью оборота денежной массы
- 2) суммой цен товаров и числом оборотов одноимённой денежной единицы
- 3) суммой золотого запаса и величиной валютного резерва страны

33. ДЕНЬГИ ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ

- 1) мера стоимости, средство обращения, средство накопления, банкноты, скв
- 2) мера стоимости, средство обращения, средство платежа, мировые деньги, средство накопления
- 3) мера стоимости, средство обращения, валютный курс, чеки и электронные карточки, банкноты
- 4) цена, кредит, средство обращения, валютный курс, золотой запас

34. В СООТВЕТСТВИИ С ГК РФ К КОММЕРЧЕСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) хозяйственные товарищества, хозяйственные общества (в т ч акционерные), потребительские кооперативы, государственные и муниципальные унитарные предприятия
- 2) хозяйственные товарищества, хозяйственные общества, производственные кооперативы, государственные и муниципальные унитарные предприятия
- 3) хозяйственные товарищества, акционерные компании, учреждения, кооперативы, государственные и муниципальные унитарные предприятия

35. В СООТВЕТСТВИИ С Г К РФ К НЕКОММЕРЧЕСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) потребительские кооперативы, общественные и религиозные организации (объединения), учреждения, благотворительные и иные фонды, другие организации, предусмотренные законами
- 2) производственные и потребительские кооперативы, общественные и религиозные организации (объединения), унитарные предприятия, благотворительные и иные фонды

3) общественные и религиозные организации (объединения), все кооперативы, учреждения, товарищества с ограниченной ответственностью, благотворительные и иные фонды

36. В РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКЕ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ

- 1) творческую
- 2) ресурсную
- 3) организационную
- 4) утилитарную

37. К ДОСТОИНСТВАМ ЕДИНОЛИЧНОГО ВЛАДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) свобода действий
- 2) стремление вести дела эффективно
- 3) ограниченная ответственность
- 4) владелец сам является начальником

38. К НЕДОСТАТКАМ ТАКОЙ ФОРМЫ ОРГАНИЗАЦИИ БИЗНЕСА КАК ПАРТНЕРСТВО (ТОВАРИЩЕСТВО) ОТНОСЯТСЯ

- 1) несовпадение интересов партнеров
- 2) недостаточность финансов
- 3) двойное налогообложение
- 4) выход участников из партнерства влечет реорганизацию фирмы

39. ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ТОЛЬКО ДЛЯ КОРПОРАЦИИ ИЛИ АО

- 1) привлечение к управлению наёмных менеджеров
- 2) деление прибыли между собственниками фирмы
- 3) выплаты дивидендов
- 4) использование наёмного труда

40. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВАЯ ФОРМА ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- 1) АО
- 2) ЛПУ, оказывающие, в том числе и платные медицинские услуги

- 3) медицинский кооператив
- 4) частнопрактикующий врач

#### 41. УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ НЕ ПРАВИЛЬНЫМ

- 1) основные средства участвуют в нескольких производственных циклах
- 2) основные средства переносят свою цену на цену новой, создаваемой с их помощью продукции постепенно, по частям в процессе окупаемости
- 3) основные средства участвуют в одном производственном цикле
- 4) основные средства переносят свою цену на цену новой, создаваемой с их помощью продукции целиком и полностью

#### 42. НОРМА АМОРТИЗАЦИИ ЭТО

- 1) отношение ежегодной суммы амортизационных отчислений к стоимости капитального блага, выраженного в процентах
- 2) отношение стоимости капитального блага к ежегодной сумме амортизационных отчислений выраженного в процентах
- 3) отношение ежегодной суммы амортизационных отчислений к стоимости капитального блага
- 4) отношение стоимости капитального блага к ежегодной сумме амортизационных отчислений

#### 43. УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ

- 1) оборотные средства участвуют лишь в одном производственном цикле
- 2) оборотные средства переносят свою цену на цену новой, создаваемой с их помощью продукции постепенно, по частям в процессе окупаемости
- 3) оборотные средства переносят свою цену на готовый продукт сразу, целиком
- 4) оборотные средства участвуют в нескольких производственных циклах

#### 44. СКОРОСТЬ ОБОРОТА КАПИТАЛА ЗАВИСИТ ОТ

- 1) времени воспроизводства и времени продажи
- 2) времени производства и времени обращения
- 3) времени производства и себестоимости
- 4) времени обращения и цены

#### 45. СЕБЕСТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ – ЭТО

- 1) выраженные в денежной форме нематериальные затраты и затраты на оплату труда управленческого персонала
- 2) выраженные в денежной форме материальные затраты и затраты на оплату труда в ЛПУ
- 3) выраженные в денежной форме затраты на оплату труда в лпу и износ основных фондов
- 4) выраженные в денежной форме начисления на оплату труда и износ основных фондов

#### 46. УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ

- 1) при неизменной цене снижение себестоимости увеличивает прибыль
- 2) при неизменной цене увеличение себестоимости увеличивает прибыль
- 3) при неизменной цене снижение себестоимости снижает прибыль
- 4) при неизменной цене увеличение себестоимости уменьшает прибыль

#### 47. ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ СНИЗИТЬ СЕБЕСТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 1) экономичное расходование материальных ресурсов
- 2) увеличение непроизводительных затрат
- 3) снижение производительности труда работников
- 4) эффективное использование основных фондов

#### 48. УТВЕРЖДЕНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ

- 1) постоянные издержки не зависят от объема производства продукции или услуг
- 2) постоянные издержки зависят от объема производства продукции или услуг
- 3) постоянные издержки зависят от переменных издержек
- 4) постоянные издержки не зависят от переменных издержек

#### 49. ПО ЭКОНОМИЧЕСКИМ ЭЛЕМЕНТАМ ЗАТРАТ СЕБЕСТОИМОСТЬ УСЛУГИ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) оплату труда, материалы, основные производственные фонды, прочие расходы

2) расходы на оплату труда, начисления на оплату труда, сырьё, материалы, топливо, энергию, амортизацию основных фондов, прочие расходы

3) расходы на оплату труда, начисление на оплату труда, основные фонды, оборотные средства, прочие расходы

#### 50. СЕБЕСТОИМОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ОДНОГО БОЛЬНОГО ВКЛЮЧАЕТ

1) расходы на лечение в основном профильном отделении с учетом общебольничных расходов вспомогательных подразделений

2) расходы на лечение больного в параклинических отделениях с учетом общебольничных расходов вспомогательных подразделений

3) расходы на лечение в основном профильном отделении с учетом общебольничных расходов вспомогательных подразделений, расходы на лечение больного в параклинических отделениях с учетом общебольничных расходов вспомогательных подразделений и расходы лпу на проведение операции

#### 51. ЦЕНА ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ (Ц) ВЫЧИСЛЯЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

1) цена = себестоимость - прибыль

2) цена = себестоимость + прибыль

3) цена = себестоимость - рентабельность

4) цена = себестоимость + рентабельность

#### 52. РЕНТАБЕЛЬНОСТЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

1) рентабельность = прибыль / себестоимость

2) рентабельность = (прибыль / себестоимость) \* 100%

3) рентабельность = (себестоимость / прибыль) \* 100%

4) рентабельность = себестоимость / прибыль

#### 53. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ СЛОЖИЛИСЬ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

1) «бюджетные оценки», прейскуранные цены на платные услуги населению, договорные цены лпу с предприятиями

2) «бюджетные оценки», преискуранные цены на платные услуги населению, договорные цены лпу с предприятиями, тарифы на медицинские услуги в системе добровольного медицинского страхования

3) «бюджетные оценки», преискуранные цены на платные услуги населению, договорные цены лпу с предприятиями, тарифы на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования

#### 54. РЕГУЛИРОВАНИЕ ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1) чрез установление максимальной рентабельности

2) через систему налогообложения и налоговых льгот

3) через систему государственных заказов по целевым программам и программам государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи, включая программы по обязательному медицинскому страхованию

4) через систему медико-экономических стандартов

#### 55. Чистая Прибыль — Это

1) прибыль за вычетом налогов на прибыль

2) прибыль прошлых лет

3) цена, по которой реализован товар (или услуга), без НДС и акциза

#### 56. БАЛАНСОВАЯ ПРИБЫЛЬ ЛПУ — ЭТО

1) прибыль за вычетом налога на прибыль

2) прибыль от реализации платных услуг, прибыль от продажи основных фондов и иного имущества, прибыль от внереализационных операций

3) прибыль от продажи основных фондов и иного имущества, прибыль от внереализационных операций

#### 57. ПРЕДМЕТОМ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ЛПУ ЯВЛЯЮТСЯ

1) медицинская деятельность ЛПУ, показатели определяющие мед эффект

2) финансирование ЛПУ

3) хозяйственная деятельность ЛПУ, направленная на осуществление их функций по медицинскому обслуживанию населения и эффективное использование имеющихся у них ресурсов

4) планирование деятельности ЛПУ.

58. ЧИСЛО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ЗА ДАННЫЙ ПЕРИОД ВРЕМЕНИ БОЛЬНЫХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

1) (работу койки в году  $\times$  количество коек) : средний срок госпитализации больного

2) (количество коек  $\times$  работу койки в году) : средний срок госпитализации больного

3) (работу койки в году  $\times$  средний срок госпитализации больного): количество коек

59. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБОРОТА КОЙКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК

1) отношение числа госпитализированных за данный период времени больных к общему количеству коек

2) отношение работы койки в году к среднему сроку госпитализации больного

3) отношение числа госпитализированных за данный период времени больных к среднему сроку госпитализации больного

60. ПОКАЗАТЕЛЬ ПЛАНОВОЙ РАБОТЫ КОЙКИ ЗАВИСИТ ОТ СЛЕДУЮЩИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

1) показателя плановой работы койки, числа дней планового ремонта одной койки, планового простоя одной койки и оборота койки

2) себестоимости медицинской услуги

3) мощности стационара

61. ПРИ ДАННОЙ МОЩНОСТИ СТАЦИОНАРА ЧИСЛО ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ ЗАВИСИТ ОТ

1) себестоимости медицинской услуги

2) средней продолжительности госпитализации больных

3) финансирования ЛПУ

62. К ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЯМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ОТНОСЯТСЯ

1) улучшение качества диагностики и лечения

- 2) усиление преемственности в работе поликлиник и стационаров
- 3) развитие предпринимательской деятельности в здравоохранении
- 4) совершенствование структуры коечного фонда с учетом потребности населения в различных видах специализированной медицинской помощи
- 5) развитие стационарозамещающих видов, форм медицинской помощи дневных стационаров при больницах и поликлиниках, стационаров на дому

63. В КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ распределение количества коек в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса

- 1) интенсивное лечение - до 50%, восстановительное лечение до 2)0%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями до 1)5%, медико-социальная помощь-до 1)5%
- 2) интенсивное лечение - до 3)0%, восстановительное лечение до 3)5%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями до 2)0%, медико-социальная помощь - до 1)5%
- 3) интенсивное лечение - до 2)0%, восстановительное лечение до 4)5%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями до 2)0%, медико-социальная помощь до 1)5%

64. ОСНОВНЫЕ ФОНДЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВКЛЮЧАЮТ

1. здания лечебных учреждений, сооружения, лечебное и диагностическое оборудование, медикаменты и перевязочные средства, фонд оплаты труда
2. здания лечебно-профилактических учреждений, сооружения, лечебное и диагностическое оборудование, эвм, машины скорой помощи
- 3) лечебное и диагностическое оборудование, медикаменты, перевязочные средства, медицинские инструменты

65. ОБОРОТНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВКЛЮЧАЮТ

1) фонд оплаты труда, начисления на оплату труда, медикаменты, лечебное и диагностическое оборудование, средства ухода за больными, малоценный и быстроизнашивающийся инвентарь, денежные средства на прочие текущие расходы

2) медикаменты, затраты на питание больных в стационарах, лечебное и диагностическое оборудование, денежные средства на прочие текущие расходы

3) медикаменты, средства ухода за больными, малоценный и быстроизнашивающийся

инвентарь, фонд оплаты труда, затраты на топливо, электроэнергию, газ, воду, затраты на питание больных в стационарах, денежные средства на прочие текущие расходы

#### 66. ФОНДООТДАЧА РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК

1) отношение стоимости оказанных медицинских услуг за год к среднегодовой стоимости основных фондов

2) отношение среднегодовой стоимости основных фондов к стоимости оказанных медицинских услуг за год

3) отношение стоимости объема оказанных медицинских услуг к стоимости активных основных фондов

#### 67. ФОНДОВООРУЖЕННОСТЬ РАССЧИТЫВАЕТСЯ КАК

1) отношение численности работников лпу к стоимости основных фондов

2) отношение стоимость основных фондов к численности работников лпу

3) отношение активных основных фондов к численности медработников

#### 68. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ТЕХНИЧЕСКОЙ

#### ОСНАЩЕННОСТИ ЛПУ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) коэффициент выбытия основных фондов

2) коэффициент обновления основных фондов

3) коэффициент покрытия основных фондов

4) коэффициент закрытия основных фондов

#### 69. ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ ЛПУ - ЭТО

- 1) только собственные денежные средства, находящиеся в хозяйственном обороте для обеспечения функционирования учреждения
- 2) только привлеченные находящиеся в хозяйственном обороте для обеспечения функционирования учреждения
- 3) собственные и привлеченные денежные средства, находящиеся в хозяйственном обороте для обеспечения функционирования учреждения

#### 70. ДЛЯ ЛПУ СУБЪЕКТАМИ ФИНАНСОВЫХ ОТНОШЕНИЙ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) органы городского бюджета
- 2) казначейства, банки
- 3) фонды омс, страховые и лизинговые компании
- 4) налоговая инспекция
- 5) физические лица

#### 71. ОБЪЕКТАМИ ИЗУЧЕНИЯ БУХГАЛТЕРСКОГО УЧЕТА ЛПУ, ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) имущество организации по составу и характеру использования
- 2) имущество по источникам его формирования
- 3) хозяйственные операции, производимые в результате финансово-хозяйственной деятельности и вызывающие изменения в имуществе и источниках их образования

#### 72 ФИНАНСОВУЮ УСТОЙЧИВОСТЬ ЛПУ ОЦЕНИВАЮТ ИСХОДЯ ИЗ

- 1) анализа имущественного состояния,
- 2) динамики и структуры источников финансирования,
- 3) наличия оборотных средств,
- 4) анализа ликвидности и платежеспособности ЛПУ

#### 73. НА ФИНАНСОВОЕ СОСТОЯНИЕ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ВЛИЯЮТ

- 1) уровень тарифов
- 2) величина подушевых нормативов
- 3) система налогообложения и т д

4) структура ЛПУ

74. ЦЕЛЕВЫЕ ПОСТУПЛЕНИЯ - ВИД ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗА СЧЕТ

- 1) средств внебюджетных источников
- 2) средств бюджетных источников
- 3) дебиторской задолженности
- 4) кредиторской задолженности

75. ПРЯМЫЕ НАЛОГИ - ЭТО

- 1) налоги, включаемые в цену продукции или в тариф услуги
- 2) налоги на доходы или имущество юридических или физических лиц, взимаемые по установленным ставкам
- 3) налог на добавленную стоимость или акцизы
- 4) налоги, ставки по которым увеличиваются по мере роста дохода или стоимости имущества

76. КОСВЕННЫЕ НАЛОГИ - ЭТО

- 1) налоги на доходы или имущество юридических или физических лиц, взимаемые по установленным ставкам
- 2) налоги, включаемые в цену продукции или в тариф услуги
- 3) налог на прибыль, подоходный налог, налог на имущество

77. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ - ЭТО

- 1) отношение достигнутого экономического эффекта к затратам на производство данного эффекта
- 2) отношение результата совершенствования производства к производительности труда
- 3) увеличение потребления ресурсов при выпуске единицы продукции
- 4) непрерывный поиск заменителей и аналогов имеющихся ресурсов

78. ОСНОВНЫМИ СЛАГАЕМЫМИ РОСТА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) повышение материалоемкости продукции, услуг
- 2) повышение эффективности капиталовложений

3) улучшение качества производимых товаров и услуг

4) снижение фондоотдачи

79. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВИДЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1) медицинская, социальная, экономическая

2) макроэкономическая, микроэкономическая, медицинская, социальная, правовая

3) медицинская, макроэкономическая, мезоэкономическая, социальная, правовая

80. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) снижением макроэкономических потерь от заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности

2) нормой рентабельности

3) величиной чистой прибыли

81. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ДНЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ НА ДНИ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ

1) 20% - стационарное и 80% - поликлиническое лечение

2) 50% - стационарное и 50% - поликлиническое лечение

3) 80% - стационарное и 20% - поликлиническое лечение

82. ОСНОВНЫЕ СЛАГАЕМЫЕ ПОТЕРЬ ОТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

1) недопроизведенная в результате заболеваемости новая стоимость (национальный доход, чистая продукция) сумма

пособий по временной нетрудоспособности за счёт средств социального страхования затраты на лечение

2) недопроизведенная в результате заболеваемости продукция, сумма пособий по временной нетрудоспособности за счёт средств социального страхования затраты на лечение

3) недопроизведенная в результате заболеваемости новая стоимость (национальный доход), затраты на лечение

### 83. ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1) обязательное
- 2) добровольное
- 3) частное
- 4) вероятное

### 84. ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ОМС

- 1) всеобщее
- 2) индивидуальное
- 3) коллективное

### 85. ОХАРАКТЕРИЗУЙТЕ ДМС

- 1) всеобщее
- 2) индивидуальное
- 3) коллективное (групповое)

### 86. ТАРИФЫ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В СИСТЕМЕ ОМС УСТАНОВЛИВАЮТСЯ

- 1) представителями медицинских компаний
- 2) медицинскими учреждениями
- 3) местной администрацией
- 4) территориальным фондом ОМС

### 87. ОСНОВНЫЕ ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРИ ОМС

- 1) взносы работодателей
- 2) государственный бюджет
- 3) личные доходы граждан
- 4) прибыль предприятий

### 88. МЕЖДУ КАКИМИ СТОРОНАМИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ДОГОВОР МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- 1) лечебным учреждением и страхователем
- 2) СМО и лечебным учреждением

3) СМО и страхователем

### 89. МЕЖДУ КАКИМИ СУБЪЕКТАМИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ДОГОВОР НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

- 1) страхователь - медицинское учреждение
- 2) страховщик – страхователь
- 3) страховщик - медицинское учреждение

### 90. ГРАЖДАНЕ В СИСТЕМЕ ОМС ИМЕЮТ ПРАВО НА

- 1) выбор страхования
- 2) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии в договорами ОМС
- 3) получение медицинской помощи только по месту постоянного жительства
- 4) получение медицинских услуг, соответствующих по объёму и качеству условиям договора
- 5) возвратность части страховых взносов

### 91. СТРАХОВЩИК В СИСТЕМЕ ОМС ИМЕЕТ ПРАВО

- 1) свободного выбора медицинских учреждений для предоставления мед помощи
- 2) участвовать в аккредитации медицинских учреждений
- 3) устанавливать размер страховых взносов по ОМС
- 4) принимать участие в разработке и согласовании тарифов на медицинские услуги
- 5) предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению (или медицинскому работнику) на возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине

### 92. СТРАХОВЩИК В СИСТЕМЕ ОМС ОБЯЗАН

- 1) заключать договора с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи застрахованным
- 2) после заключения договора с гражданином выдать страховой полис
- 3) контролировать объём, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора
- 4) осуществлять деятельность по омс на коммерческой основе
- 5) осуществлять возвратность части страховых взносов

93. МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОМС ОКАЗЫВАЮТ УЧРЕЖДЕНИЯ

- 1) любой формы собственности, аккредитованные в установленном порядке
- 2) только государственные ЛПУ, аккредитованные в установленном порядке
- 3) только муниципальные и частные учреждения, аккредитованные в установленном порядке

94. СТРАХОВОЙ ВЗНОС ПРИ ОМС ИСЧИСЛЯЕТСЯ

- 1) от фонда оплаты труда, начисляемого по всем основаниям
- 2) от прибыли предприятия
- 3) от балансового дохода предприятия

95. СТРАХОВАТЕЛЯМИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РФ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) страховые медицинские организации
- 2) предприятия, организации для работающего населения и государство (в лице местных органов власти) для неработающих
- 3) территориальные фонды обязательного медицинского страхования

96. В ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММЫ ЗА СЧЁТ

- 1) средств бюджета всех уровней, средств
- 2) средств обязательного медицинского страхования
- 3) средств бюджета всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений

97. В ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН РФ БЕСПЛАТНОЙ МЕД ПОМОЩЬЮ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ, ЧТО ПОДУШЕВЫЕ НОРМАТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) органами исполнительной власти субъектов рф, исходя из определённых ими показателей стоимости медицинской помощи по видам её оказания в соответствии с методическими рекомендациями мз рф

2) минздравом рф совместно с федеральным фондом обязательного медицинского страхования

98. В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВОЗМОЖНЫ ДВЕ СХЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

1) финансирование через страховые медицинские организации, осуществляющие ОМС, и финансирование филиалами территориальных фондов ОМС

2.) финансирование через страховые медицинские организации, осуществляющие ОМС и страховые медицинские организации, осуществляющие добровольное медицинское страхование

3) финансирование через страховые медицинские организации, осуществляющие омс, и местные бюджетные организации

99 КАКАЯ МИНИМАЛЬНАЯ ДОЛЯ ВВП (ИЛИ ВВП) ДОЛЖНА ВЫДЕЛЯТЬСЯ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (ПО МНЕНИЮ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ)

1) 3%

2) 5%

3) 10%

4) 14%

100. К ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ОСОБЕННОСТЯМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОТНОСЯТСЯ

1) неотделимость от производителя

2) постоянство качества

3) несохраняемость

4) производство и потребление совпадают

## ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

<b>1</b>	2	<b>21</b>	2	<b>41</b>	3,4	<b>61</b>	2	<b>81</b>	1
<b>2</b>	3	<b>22</b>	1	<b>42</b>	1	<b>62</b>	1,2,4,5	<b>82</b>	1
<b>3</b>	3	<b>23</b>	3	<b>43</b>	1,3	<b>63</b>	3	<b>83</b>	1,2
<b>4</b>	2	<b>24</b>	4	<b>44</b>	2	<b>64</b>	2	<b>84</b>	1
<b>5</b>	1,2,3,4	<b>25</b>	4	<b>45</b>	2	<b>65</b>	3	<b>85</b>	2,3
<b>6</b>	2	<b>26</b>	2	<b>46</b>	1,4	<b>66</b>	1,3	<b>86</b>	1,2,3,4
<b>7</b>	1	<b>27</b>	1	<b>47</b>	1,4	<b>67</b>	2,3	<b>87</b>	1,2
<b>8</b>	1	<b>28</b>	1	<b>48</b>	1	<b>68</b>	1,2	<b>88</b>	3
<b>9</b>	3	<b>29</b>	2	<b>49</b>	2	<b>69</b>	3	<b>89</b>	3
<b>10</b>	2	<b>30</b>	1	<b>50</b>	3	<b>70</b>	4	<b>90</b>	2,4
<b>11</b>	1,2	<b>31</b>	4	<b>51</b>	2	<b>71</b>	3	<b>91</b>	1,2,4,5
<b>12</b>	1,2,3,4	<b>32</b>	2	<b>52</b>	2	<b>72</b>	1,2,3,4	<b>92</b>	1,2,3
<b>13</b>	1,2,4	<b>33</b>	2	<b>53</b>	3	<b>73</b>	1,2,3	<b>93</b>	1
<b>14</b>	1,2,3	<b>34</b>	2	<b>54</b>	1,2,3,4	<b>74</b>	1,2	<b>94</b>	1
<b>15</b>	1,2,3,4	<b>35</b>	1	<b>55</b>	1	<b>75</b>	2	<b>95</b>	2
<b>16</b>	2,3	<b>36</b>	1,2,3	<b>56</b>	2	<b>76</b>	2	<b>96</b>	3
<b>17</b>	3	<b>37</b>	1,2,4	<b>57</b>	3	<b>77</b>	1	<b>97</b>	1
<b>18</b>	2	<b>38</b>	1,2,4	<b>58</b>	1,2	<b>78</b>	2,3	<b>98</b>	1
<b>19</b>	2	<b>39</b>	3	<b>59</b>	1,2	<b>79</b>	1	<b>99</b>	2
<b>20</b>	1	<b>40</b>	2	60	1	<b>80</b>	2	<b>100</b>	1,3,4

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Целевое назначение экономической теории, ее предмет и уровни изучения.
2. Производство и его основные факторы.
3. Экономическая система, виды систем.
4. Экономика здравоохранения как отраслевая наука: предмет, задачи, уровни анализа.
5. Типы экономических систем.
6. Измерение результатов экономической деятельности. Валовой национальный продукт.
7. Производство, его основные факторы. Производственные силы и экономические отношения.
8. Понятие воспроизводства: простое, расширенное, суженное воспроизводство.
9. Потребности общества. Кривая производственных возможностей.
10. Сущность рыночной экономики: преимущества и недостатки.
11. Функции рынка и его инфраструктура.
12. Рынок в системе здравоохранения: специфические черты и принципы построения рыночных отношений.
13. Механизм действия рыночных отношений в здравоохранении.
14. Медицинская услуга как товар. Товар и его свойства. Стоимость товара. Сущность и виды издержек
15. Сущность и организационно-правовые основы предпринимательства.

16. Предпринимательство в здравоохранении.
17. Структура себестоимости, пути снижения. Прибыль, цена, рентабельность в здравоохранении.
18. Виды цен, способы и этапы ценообразования в здравоохранении.
19. Основные и оборотные средства лечебно-профилактических учреждений и пути улучшения их использования.
20. Экономический анализ использования фонда стационаров и пути его улучшения.
21. Экономический анализ лечебно-хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения. Его цель, виды, организация.
22. Экономическая эффективность ее сущность и взаимосвязь с социальной эффективностью
23. Уровни и виды эффективности в здравоохранении. Экономический эффект и экономическая эффективность в здравоохранении.
24. Определение экономического эффекта от сокращения сроков лечения
25. Методика определения экономического эффекта от снижения заболеваемости временной нетрудоспособностью работников
26. Методика и определения экономии средств государственного бюджета и средств государственного страхования при сокращении сроков лечения и снижении заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
27. Расчет экономического эффекта от снижения инвалидности
28. Ориентировочный расчет экономического эффекта от сохранения жизни человека
29. Методика определения потерь от заболеваемости с временной утратой трудоспособности
30. Методика определения экономических потерь (расходов) государства, связанных с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности
31. Методика определения экономических потерь от заболеваемости работников со стойкой потерей трудоспособности

- 32..Методики определения экономической эффективности лечебно-профилактической помощи.
33. Финансовая среда и финансовые ресурсы ЛПУ.
34. Способы финансирования здравоохранения.
- 35.Экономические основы медицинского страхования.
- 36.Финансирование здравоохранения в условиях развития обязательного медицинского страхования.
36. Добровольное медицинское страхование.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бюджетный кодекс РФ (в ред. от 02.02.2006).
2. Гражданский кодекс РФ (в ред. от 02.02.2006).
3. Беляева КВ., Докторович А.Б. Система счетов здравоохранения России: виды и поставщики товаров и услуг здравоохранения//Экономика здравоохранения. 2001. №9. С. 27-31; № 11-12. С. 379.
- 4.ГабуеваЛ.А. Экономика ЛПУ: Экономическая эффективность и бизнес-планирование. М.: Грантъ, 2001. 211с.
- 5.ГабуеваЛ.А. Предпринимательская деятельность учреждений здравоохранения. М.: Грантъ, 2002. 944 с.
- 6.Габуева Л.А., Линькова И.В. Добровольные виды страхования в здравоохранении: организация, право, экономика. М.: МЦФЭР, 2001.352 с.
- 7.Габуева Л.А. Финансовый менеджмент: федеральные налоги медицинской организации (учреждения) / Под общ. ред. Л.А. Габуевой. М.: Грантъ, 2002. 550 с.
- 8.Гукасян Г.М., Маховикова Г.А., Амосова В.В. Экономическая теория . СПб.: Питер,2003.-400с.
9. Денисов В.Н., Бабенко А.И. Методология стратегического планирования в здравоохранении. Новосибирск: ЦЭРИС, 2001. 353 с.
- 10.Игошин Н.В.Экономика: Учебное пособие для вузов.- М.:ЮНИТИ-ДАНА, 2004.-607с.

- 11 Иорданская Н.А. Экономическая теория и экономика здравоохранения: Введение в курс.- Учебно-методические рекомендации. Н.Новгород: Издательство НГМА,2006.-48с.
- 12.Кадыров Ф.Н. Платные медицинские услуги. М.: Грантъ, 2000. 492 с.
13. Кадыров Ф.Н. Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждения здравоохранения. М.: Грантъ, 2001. 421 с.
- 14.Современные методы управления и финансовый менеджмент учреждения здравоохранения / Под ред. Я.А. Накатис, Ф.Н. Кадырова. М.: Грантъ, 2001. 304 с.
15. Камаев И.А., Коптева Л.Н., Иорданская Н.А. Основы предпринимательства. Особенности предпринимательства в здравоохранении: Учебно-методические рекомендации. Н.Новгород: Издательство НГМА,2008.-88с.
16. Коптева Л.Н., Позднякова М.А., Иорданская Н.А. Макроэкономика и проблемы социально-экономической эффективности здравоохранения: Учебно-методические рекомендации. Под редакцией проф.Э.Н Кулагиной. Н.Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии,2006.-40с.
- 17.Коптева Л.Н. Рыночная экономика. Формирование рыночных отношений в здравоохранении.- Учебно-методические рекомендации. Н.Новгород: Издательство НГМА,2006
- 18.Мазин А.Л. Макроэкономика: Учебное пособие.- Н.Новгород: НИМБ, 2002.-107с.
19. Мазин А.Л. Микроэкономика: Учебное пособие.- Н.Новгород: НИМБ, 2002.-124с.
20. Налоговый кодекс РФ (в ред. от 13.03.2006).
- 21.Непомилуев В.М. Экономическая теория: Учебно- практическое пособие. Часть1 и Часть 2.-Н.Новгород.- ФСГУТиКД.- 2005.-227с.
- 22.Океанова З.К. Экономическая теория. М.: Издательство торговая корпорация «Дашков и К»,2003.-596с.

23. Райсберг Б.А., Кузьмина Н.Б., Шиленко Ю.В. Российское здравоохранение: вхождение в рынок / Под ред. В.З. Кучеренко. М.: Инфра-М, 2000. 310 с.
24. Перфильева Г.М., Алексеева В.М., Шамшурина Н.Г., Кобяцкая Е.Е., Галкин Е.Б., Жилина Т.Н., Ильясова Л.В. Экономика здравоохранения / по редакции И.Н. Денисова. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. - 224 с.
25. Сшаниславчик Е.Н. Бизнес-план: Финансовый анализ инвестиционного проекта. М.: Ось-89, 2000. 96 с.
26. Шипова В.М., Лебедева Н.Н. Стоимостные оценки медицинских услуг. М.: Грантъ, 2000. 200 с.
27. Экономика здравоохранения / под редакцией И.П. Решетникова. 2-издание - М.: ГЭОТАР мед. - 2007 г.
28. Экономическая теория. Учебник. - Под ред. И.П. Николаева. - М.: Проспект, 1999. - 456 с.