

На правах рукописи

**ЗИНЧУК
Юрий Юрьевич**

**ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В ЦЕЛЯХ
ОПЛАТЫ ТРУДА ПО ДОСТИГНУТОМУ РЕЗУЛЬТАТУ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение»

**Автореферат
диссертации на соискание учёной
степени доктора медицинских наук**

Москва – 2012

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России)

Научный консультант:

**доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН
Владимир Алексеевич Солодкий**

Официальные оппоненты:

**доктор медицинских наук, профессор
Коротков Юрий Александрович**

**доктор медицинских наук, профессор
Галина Ивановна Галанова**

**доктор медицинских наук, профессор
Александр Николаевич Злобин**

Ведущее учреждение:

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова»

Защита диссертации состоится « » 2012 г. в 10.00 часов на заседании Диссертационного Совета Д 208.110.01 в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздравсоцразвития России по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздравсоцразвития России по адресу. 127254. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

Автореферат разослан « » 2012 г.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, доктор медицинских наук
К.Г.Пучков

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. В начале 90-х годов прошлого столетия в российской экономике, и в том числе в здравоохранении, начались преобразования, ориентированные на формирование рыночного механизма. Переход к рыночной экономике в здравоохранении осуществлялся крайне сложно, несмотря на то, что этому событию предшествовали эксперименты в ряде регионов страны, получившие названия Нового хозяйственного механизма. Особенно серьезные проблемы создавала нехватка средств ввиду финансирования лечебно-профилактических учреждений по остаточному принципу (Стародубов В.И., 1998; Флек В.О., 2005; Михайлова Ю.В., 2006; Кучеренко В.З., 2006; Зурабов М.Ю., 2006; Голикова Т.А., 2009- 2010).

Поиск новых направлений в деятельности медицинских учреждений в рамках бюджетно-страховой модели финансирования задача очень трудная. Однако система здравоохранения подвергается постепенным качественным изменениям. Ранее при традиционном бюджетном финансировании, обеспечивающем гарантированность поступления средств, финансовый анализ состояния лечебно-профилактического учреждения и поиск путей улучшения экономического положения медицинского учреждения не осуществлялся. В нынешней же ситуации, когда медицинская услуга находится в обороте и больница или поликлиника получает средства в результате заключения возмездного договора, исследование процессного обеспечения оказания медицинской помощи и хозяйственной деятельности и поиск путей улучшения показателей поликлиник или больниц становится средством организационной и управленческой деятельности лечебных учреждений. На этом фоне осуществляется спор, следует ли относить деятельность медицинских специалистов к производственной деятельности или это лишь сфера её обслуживания. Однако структурные изменения медицинских учреждений, появление новых служб, существование хозрасчетных подразделений и многие другие внешние и внутренние факторы свидетельствуют о том, что этот спор не решен.

Принципиально новые предпосылки для развития здравоохранения создаются совершенствованием нормативно-правовой базы. В частности новый закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ, который вводит новое трактование субъектов и участников обязательного медицинского страхования, новые принципы формирования финансовых потоков и их распределение, новую форму хозяйственных отношений - «государственный заказ», единые правила страхования на всей территории страны и т.д., что создает условия для новых основ оценки труда медицинских специалистов и требований к качеству медицинской помощи (Щепин О.П., 1990; Зайцева Т.И., 1990), Г.А. Закиров (1990), В.З. Кучеренко, В.И. Филатов, А.Т. Татаровской, 1989; Гаврилов А.И., 1991; Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., Безроков О.Т. (1997), Г.Н. Царик 1993; Ластовецкий А.Г., 1995-2009; Ройтман М.П., Линденбрaten А.Л. 1996; Зурабов М.Ю., 2006; Захарова Е.Н., 2006; Сасина М.С., 2007; Шляпников В.В., 2010, Пацукова Д.В. с соавт., 2011).

Развитие медицинского страхования способствовало формированию различных направлений и концепций развития здравоохранения. Однако стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения, испытывая финансовый дефицит, не могут обеспечить врача достойной заработной платой, что явилось причиной поиска такой системы оплаты труда в ЛПУ по конечному и достигнутому результату, при котором была бы найдена возможность выплачивать должностной оклад и надбавку за качественное оказание МП гражданам

Целью настоящей работы являлась разработка научно обоснованных организационно-экономических решений по формированию основ материального стимулирования и оплаты труда медицинского персонала по конечному результату, внедрение которых внесло значительный вклад в повышение качества медицинской помощи и эффективности деятельности учреждений здравоохранения.

Исходя из этого **задачами исследования** являлись:

1 Определение роли и влияния источников финансирования на эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений и производство медицинских услуг.

2 Создание и апробация методики оценки труда по конечному результату, отражающая социальный сценарий личного вклада сотрудника в результат коллектива и внедрение показателя оплаты труда с учетом эффективности и качества медицинской помощи.

3 Внедрение новых организационных принципов оценки индивидуального труда медицинских сотрудников лечебно-профилактического учреждения в процессе производства медицинских услуг с использованием наиболее достоверных слагаемых (аддитивных) показателей баланса.

4 Анализ результатов внедрения организационно-экономической интегрированной модели оценки деятельности специалистов ЛПУ: оплаты труда сотрудников по достигнутому конечному результату, коэффициентов финансовых затрат поликлиники и стационара, медико-экономических, статистических показателей и показателей качества медицинской помощи (в том числе и экономических).

Новизна исследования.

Разработана и используется принципиально новая система оплаты труда медицинских специалистов в ЛПУ, основанная на научно обоснованных решениях, отличительной особенностью которой является: реализация принципа оплаты по конечному достигнутому личному результату, отражающему качественное обеспечение производства медицинских услуг, обеспечение стимуляции медицинских специалистов к достижению высоких показателей и эффективной деятельности коллективов в условиях бюджетного и внебюджетного финансирования ЛПУ.

Впервые проведено исследование объёмов и источников финансирования ряда муниципальных лечебно-профилактических учреждений Московской области, позволивших выявить динамику изменений их структуры, установить тенденции постатейного расходования средств из различных источников

финансирования, которое проведено на основе наиболее достоверных факторов, влияющих на показатели индивидуального и коллективного труда медицинских специалистов и достигнутого качества медицинской помощи на основе использования коэффициентов. Выявлена устойчивая тенденция роста доходов за счёт средств внебюджетного фонда ОМС, «платных» средств на фоне улучшения статистических, медико-экономических показателей, показателей КМП в стационаре и амбулаторно-поликлинических подразделениях ЛПУ.

Решена концептуальная проблема производства медицинских услуг на основе личной и коллективной заинтересованности путём проведения организационного эксперимента в условиях неопределенности достижения результативности и риска достижения положительных результатов в медицинском коллективе.

Разработана организационно-экономическая модель управления ЛПУ, основанная на основе «фондодержания» и «хозяйственного расчёта», реализованных через систему оплаты труда ориентированную на конечный достигнутый результат и управление КМП в условиях многоканальной системы финансирования ЛПУ.

Разработана система сбалансированных показателей консолидированного бюджета медицинского учреждения, реализованных в рамках бюджетной классификации и планирования по средствам хранения и накопления хронологически упорядоченных данных по показателям КМП, выполнения регламентных процедур индивидуальной оценки выполнения процессных данных по показателям деятельности отделений и медицинских специалистов (агрегация, консолидация, расчет по формулам, пересчет единиц измерения), а также интеграция данных по показателям из различных источников.

Научно-практическая значимость заключается в том, что предложены теоретические основы комплекса организационно-экономических решений повышения эффективности деятельности ЛПУ; разработан, апробирован и применён в практической деятельности принципиально новый механизм формирования оценки труда по индивидуальному конечному результату в коллективе и достигнутому КМП, и оплаты его с учетом расчета экономической эффективности деятельности врачей-специалистов и лечебных отделений. Кроме того, создана методика начисления заработной платы сотрудникам в зависимости от количества и качества оказанной медицинской помощи, что создает условия справедливого распределения бюджетных и внебюджетных средств в коллективе ЛПУ в условиях развивающегося рынка медицинских услуг и мотивирует коллективы на результативное обслуживание пациентов.

Личный вклад соискателя заключается в создании интегрированной модели достижения результативности медицинского коллектива, с учетом персонального вклада каждого медицинского специалиста и достижением результирующего успеха и высокого качества медицинской помощи в Сходненской городской больнице городского округа Химки Московской области (СГБ), на основе организации и управления оплатой труда по

конечному результату (использованная в последующем при выполнении НИР в соответствии с распоряжением Министра здравоохранения Правительства Московской области от 25.11.2008 и в соответствии с Приказом Минздрава Московской области от 02.09.2008 № 508 «О критериях оценки деятельности медицинского персонала и реализации принципа оплаты труда, ориентированного на результат») и в Костромской областной больнице – на основе Закона Костромской области «Об отраслевой оплате труда в государственных учреждениях здравоохранения Костромской области».

В соответствии с разработанными технологиями на базе муниципальной Сходненской городской больницы в январе 2007 года апробирована и внедрена и используется в настоящее время интегрированная модель оценки деятельности специалистов ЛПУ по достигнутому конечному результату и КМП с учетом аддитивных принципов организационно-экономического управления ЛПУ, основанная на принципах личного участия в деятельности отделения, стационара, поликлиники, реализованная через оплату труда по результату и качеству медицинской помощи, управления эффективностью и качеством медицинских услуг с разработкой критериев оценки качества медицинской помощи в условиях норм и ограничений финансирования ЛПУ в системе обязательного медицинского страхования.

Применен аддитивный и социальный сценарий учета влияния различных слагаемых факторов интегрированной модели достижения результативности медицинского коллектива с учетом достижения каждым медицинским работником результирующего успеха и высокого качества медицинской помощи, влияющих на организационно-экономическое управление лечебным учреждением. Модель внедрена и используется не только в СГБ, но и в двенадцати лечебно-профилактических учреждениях ФГУ ЮОМЦ ФМБА России (с ноября 2009 года), в ГУЗ «КОБ» (с 2010 года).

Апробация результатов исследования. Результаты исследования доложены на: Совещании руководителей муниципальных и региональных органов управления здравоохранением, входящих в Центральный федеральный округ, по вопросам развития муниципального здравоохранения (Москва, 12.12.2007); на конференциях и конгрессах: Научно-практическая конференция, посвящённая 80-летию образования Пушкинского муниципального района «Актуальные вопросы здравоохранения», (г. Пушкино Московской области, 21.04.2009); IV конференции «Региональной общественной организации содействия развитию муниципального здравоохранения Подмосковья» (28.04.2009); Всероссийской научно-практической конференции «Организационные основы кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации» (Москва, 22.05.2009); II Российском конгрессе «Управление качеством медицинской помощи и системой непрерывного образования медицинских работников» (Москва, 19-20.05.2010).; Коллегии Департамента здравоохранения Костромской области (27.05.2010); на всероссийской научно-практической конференции «Экономические аспекты здоровья и здравоохранения» (Москва, 12-20.05.2011); Межрегиональной научно-практической конференции с международным участием «Качество жизни -

медико-социальные аспекты» (Пермь, 8-9.06.2011), а также в ряде публикаций и изданий.

По теме диссертации опубликовано 42 научных работ, в том числе в 16 рецензируемых изданиях, рекомендованных ВАК и в монографии.

Основные положения, выносимые на защиту

1 Интегрированная модель достижения результативности медицинского коллектива с учетом достижения каждым медицинским работником результирующего успеха и высокого качества медицинской помощи на основе наиболее достоверных слагаемых факторов.

2 Организация процессного управления оказанием медицинской помощи, как системный элемент экономической оценки деятельности лечебно-профилактического учреждения, позволяющий достигать количественных показателей и высокого качества оказанных медицинских услуг.

3 Оказание медицинских услуг как особая и затратная деятельность учреждений здравоохранения, осуществляющая медицинскую помощь на основе организационно-экономического реинжиниринга хозяйственного механизма в условиях дефицита бюджетных и внебюджетных средств.

4 Система оплаты труда по конечному результату и достигнутому качеству оказанной медицинской помощи по достоверной оценке личной деятельности сотрудников, отделений поликлиники и стационара на основе экономических показателей и коэффициентов финансовых затрат.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В главе первой (*Системное управление качеством медицинской помощи как результат экономической деятельности*) изложены нормативные изменения, регулирующие деятельность ЛПУ в условиях рыночных отношений, что существенным образом влияет на КМП. Поэтому индивидуальная и коллективная заинтересованность работников здравоохранения, применение технологической базы и материальная заинтересованность послужили основой возникновения различных вариантов развития системы оплаты труда. Чтобы создать настоящую рыночную экономику, генерирующую и приумножающую богатство, необходимы определенные базовые предпосылки, к которым следует отнести: эффективную нормативную базу и соблюдение законов; устойчивость валюты; взаимное доверие и признание права рисковать ради получения прибыли; надежный банковский и коммерческий кредит, которые к настоящему времени не получили достаточного развития. В силу этих условий здравоохранение, как система государственных и общественных мер защиты здоровья населения и как важнейшая отрасль народного хозяйства должна получить качественное развитие. Установленный сметный порядок финансирования ЛПУ препятствует внедрению новых хозяйственных механизмов, не позволяет развивать конкурентную среду на рынке ОМС. Неэффективность здравоохранения поддерживается также нерациональным, неоптимальным размещением и использованием материальных, трудовых и финансовых ресурсов - все это в конечном итоге не обеспечивает достаточный уровень КМП и ограничивает доступ населения к ней.

В главе второй (*Методика и материалы исследования*) представлен научный методический инструментарий примененный на основании требований Трудового и Налогового Кодексов РФ и ряда нормативных правовых актов. Помимо организационных и управленческих методик применены элементы экономического анализа, осуществлен горизонтальный, вертикальный и трендовый анализ финансовой отчетности, позволяющий провести сравнение показателей деятельности во времени между различными подразделениями и персонально врачами и другими медицинскими специалистами ЛПУ. Для этого рассчитываются их абсолютные и относительные изменения, как разность между значением показателя за отчетный период (на отчетную дату) и значением показателя за предыдущий период (на предыдущую отчетную дату в абсолютной стоимости выполненных работ). В этих целях применен горизонтальный (временной) и вертикальный (структурный) анализ для определения удельных весов различных показателей в итоговых данных и оценка каждой позиции отчетности по достигнутым результатам. На этой основе формирование оплаты труда состояло из фонда тарифной заработной платы (минимальный) и фонда стимулирующих выплат (максимальный). Для каждого лечебного отделения рассчитывается разница между доходами отделения за счет поступления внебюджетных средств ОМС и переменными фактическими расходами, включающими расходы на медикаменты, продукты питания, мягкий инвентарь, оплату труда (фонд тарифной заработной платы), отчисления на социальное страхование, расходы на дополнительные методы исследования по трансфертным ценам, на дополнительную заработную плату и доплаты, расходы на административно-хозяйственную службу включая заработную плату работников этих служб и общепольничного медицинского персонала. Расходы на администрацию и общепольничной медицинский персонал, включая все хозяйственные службы, составляют до 25-30%.

Одновременно применялся трендовый (прогнозный) метод, который строится на сравнении каждой позиции отчетности с рядом предшествующих периодов цепным методом по отношению к периоду, принимаемому за базу, и определении тренда, т.е. основной тенденции динамики показателя, очищенной от случайных факторных влияний и индивидуальных особенностей отдельных периодов. В этих целях рассчитывалось уравнение регрессии, где в качестве переменной выступает анализируемый показатель, а в качестве фактора, под влиянием которого изменяется переменная, - временной интервал (годы, месяцы и т.д.). Использование уравнения регрессии позволило проанализировать эффективность затрачиваемых средств, что оказалось рациональным средством для исследования финансового состояния ЛПУ и эффективности деятельности всего коллектива.

Трендовый анализ, как показатель динамических (временных) рядов хозяйственной деятельности с разбивкой уровня ряда на его составляющие соответствующих показателей производства МУ, с выделением основной линии развития методов организационного и экономического учета деятельности различных подразделений ЛПУ, обеспечил применение

процедуры исследований колебаний минимальных и максимальных значений исследуемой совокупности месячных и квартальных данных и оценку достаточности средств для оказания МП населению. При этом метод скользящих средних - средних арифметических величин фиксированного числа затрат на различные виды процедур, лабораторные исследования с учетом требований стандартов, позволил рассчитать сочетания сглаженного значения и текущего значения временного ряда с учетом сглаживающей константы a , величина которой колеблется от 0 до 1 (чаще всего значение a выбирается от 0,1 до 0,3) и проводилось по формуле:

$$S_t = aX_t + (1-a)S_{t-1} \quad (1), \text{ где:}$$

S_t - текущее сглаженное значение;

a - сглаживающая константа;

X_t - текущее значение временного ряда;

S_{t-1} - предыдущее сглаженное значение.

Коэффициентный анализ применялся для изучения бухгалтерской отчетности, определения доли стоимости медицинской помощи в СГБ и других клиниках. Применены также коэффициенты распределения и коэффициенты координации. Коэффициенты распределения позволили установить и оценить долю стоимости медицинской помощи в стационаре с вероятностью в течение календарного года в пределах $p < 0,05$ - $p < 0,1$ и абсолютный показатель от итога группы показателей. Коэффициенты координации представляли качественные характеристики, отражающие соотношения разных по существу абсолютных показателей или их линейных комбинаций, имеющих разный социальный, управленческий и экономический смысл, в частности: финансовой устойчивости и платежеспособности ЛПУ.

При использовании балансового метода, определении влияния ставочного учета каждого медицинского специалиста, достижении результативности и КМП профильными отделениями, а также для учета расходных статей деятельности ЛПУ, наиболее приемлема аддитивная модель детерминированного факторного анализа. В результате практической оценки в процессе проведенного эксперимента на базе СГБ выбрана **интегрированная модель** достижения результативности медицинского коллектива с учетом получения каждым медицинским работником высоких показателей (в т.ч. КМП) на основе наиболее достоверных слагаемых факторов, которые представлены следующей формулой:

$$y = \sum_{i=1}^n x_i + x_1 + x_2 \dots + x_n \quad (2), \text{ где}$$

y - результативный показатель; x_i - факторы (факторные показатели).

В качестве стандартного приема анализа финансовой (бухгалтерской) отчетности использованы: чтение отчетности и анализ абсолютных показателей. Организация новой формы учета деятельности отделений, медицинских специалистов, которое выполнено на основе бухгалтерского баланса, послужившего наиболее информативным источником данных о состоянии средств и имущества ЛПУ, в котором зафиксированы итоги

хозяйственной деятельности и взаимоотношений между соответствующими отделениями и отражает финансово-экономическую ситуацию в организации.

Индексный метод применялся при решении задач факторного анализа, который позволил разложить по факторам, как относительное отклонение, так и абсолютное отклонение результативного показателя. В качестве примера можно привести определение влияния на выручку от двух факторов: объема реализованных МУ (в количественном выражении) и цен на оказанную медицинскую помощь, а также фактор кризисной ситуации, который ограничивает приток застрахованных граждан и следовательно средств в ЛПУ. Факторный анализ показателей финансовой отчетности основан на принципе элиминирования, т.е. устранения (игнорирования) влияния всех других факторов (причин) на изменение результативного (итогового) показателя, кроме нескольких, которые определяют достижение организационной и экономической результативности и высокого КМП.

Для этого были использована система взаимосвязанных индексов:

$$I^N = q_1, p_1 / q_0 p_0; \quad I^N = q_1, p_1 / q_0 p_0 \cdot q_1, p_1 / q_0 p_0; \quad I^N = I_q \cdot I_p \quad (3),$$

где I^N - общий (результативный) индекс выручки от производства МУ;

I^q - факторный индекс выполненного объема МП;

I^p - факторный индекс цен;

q_0, q_1 - физический объем реализованной продукции в базисном и отчетном периодах;

p_0, p_1 - стоимость оказанной МП и МУ базисного и отчетного периодов.

Приведенные формулы показывают, что общее относительное изменение поступающих средств от оказанной МП и МУ образуется как произведение относительных изменений двух факторов: фактического производства медицинских услуг пациентам или оказанной им МП и их стоимости. Абсолютное отклонение (прирост) результативного показателя - возмездной оплаты за произведенные и оказанные медицинские услуги (ΔN) вычисляется следующим образом: $\Delta N = N_1 - N_0 = q_1 p_1 - q_0 p_0$ (4),

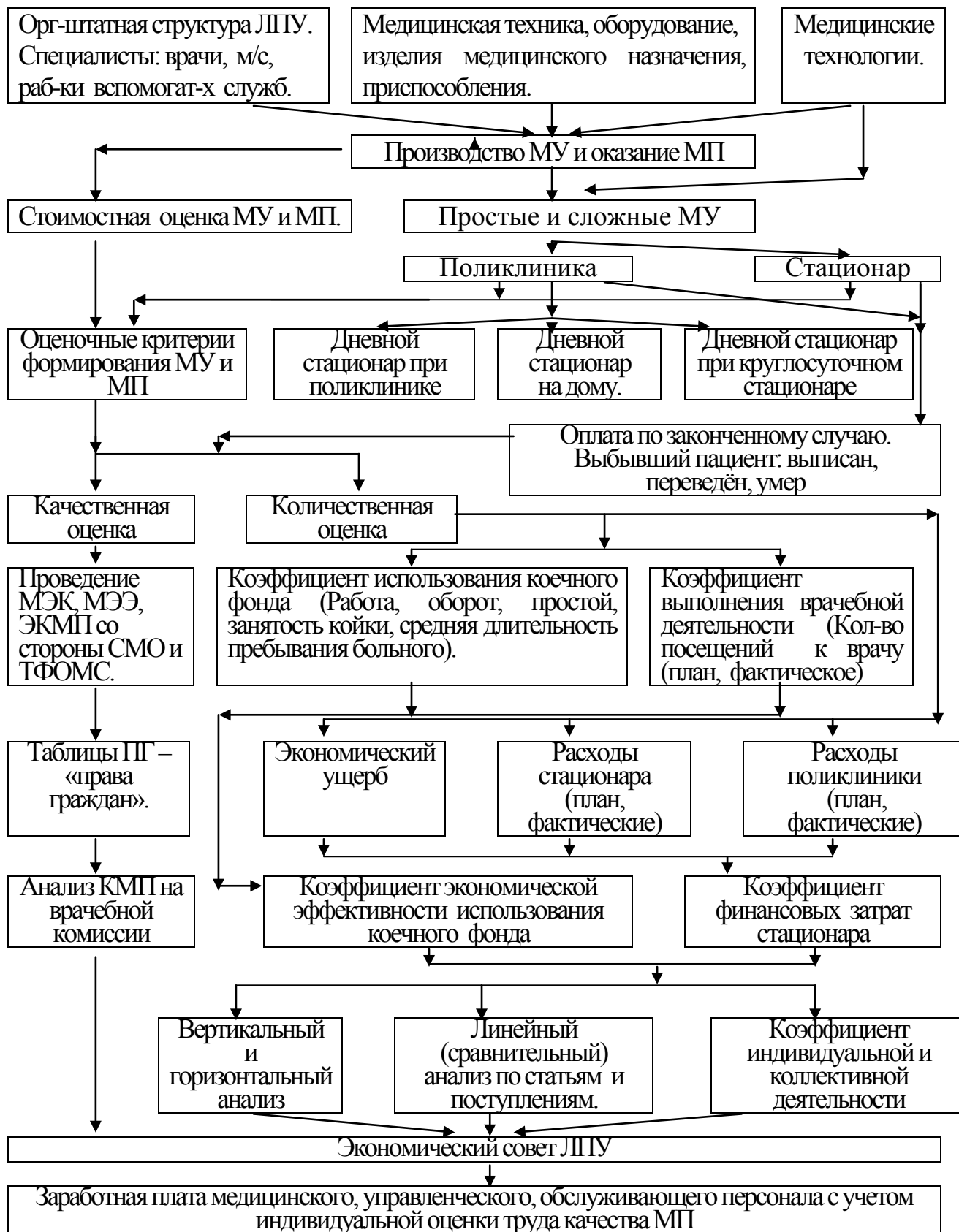
где: N_1 - сумма выручки от оказанных МУ или сложных МУ за отчетный период;

N_0 возмездная сумма средств от поступлений за предыдущий период.

Это отклонение образуется под влиянием изменений фактического объема оказанной МП и цен на них (с учетом индексации). Разница между числителем и знаменателем расчета индекса объема оказанных МУ или МП показывала влияние количественных изменений произведенных МУ на сумму поступлений (оплаты) от СМО (страховщика), так как в этом случае будет элиминировано (устранено) влияние цен. Разница между числителем и знаменателем расчета индекса цен покажет влияние изменения цен на сумму выручки от продаж (ΔN_q) так как в этом случае будет элиминировано (устранено) влияние количества выполненных МУ, что предполагает использование следующих формул:

$$\Delta N_q = q_1 p_0 - q_0 p_0; \quad \Delta N_p = q_1 p_1 - q_1 p_0; \quad \Delta N_q + \Delta N_p = \Delta N \quad (5).$$

Алгоритм исследований в целях достижения результативности по конечному результату



С помощью приведенных формул выполнены расчеты влияние факторов на изменение результативного показателя индексным методом, используя

следующие данные: поступление средств по факту оказанной качественной МП и показатели деятельности каждого подразделения ЛПУ. Учет и расчетные характеристики методом факторного анализа осуществлялись на основе использования баланса, соответствующих индексов, абсолютных и относительных показателей. Кроме того, использованы критерии оценки автоматизированного МЭК всех счетов-фактур, выборочная МЭЭ и МЭК КМП. Формирование экспертных заключений на бумажных и электронных носителях осуществлялось на основе «Перечня дефектов и размеров санкций, предъявляемых страховщиком за нарушение договорных обязательств к медицинским учреждениям, реализующим Программу ОМС на муниципальном уровне» (по обязательному медицинскому страхованию), используемом страховыми медицинскими организациями при экспертизе КМП.

Для реализации интегрированной модели результативной деятельности медицинского коллектива с учетом организационных и экономических механизмов управления лечебным учреждением, основанной на виртуальных принципах распределения между различными отделениями, специалистами финансовых средств и реального хозяйственного расчета, реализованного через оплату труда специалистов по конечному результату, были использованы методы организационного, управленческого, экспертного и хозяйственного анализа и учета деятельности отделений, специалистов больницы и расчёта внутренней стоимости МУ.

Организационная методика расчетных показателей представлена следующим алгоритмом. Лечебно-профилактические учреждения формируют планы-задания на год с разбивкой по кварталам и месяцам, которые могут подвергаться корректировке. МОФОМС на основании этих данных формирует протоколы стоимости медицинской помощи на квартал, которые могут меняться и ежемесячно, доводит до СМО изменения в период до момента расчета финансирования. Кроме этого, МОФОМС направляет в СМО данные о коэффициентах потребления, т.е. доля участия СМО в том или ином муниципальном образовании Московской области, соответственно этот показатель не может превышать 1 (или 100%). На основании данных протоколов стоимости и коэффициентов потребления СМО рассчитывает авансовые платежи, подлежащие перечислению в ЛПУ в соответствии с методикой расчета, утвержденной МОФОМС и требованиями договора на ЛПП. Например: квартальный протокол стоимости по N-региону для N-СМО составляет 100 руб., коэффициент потребления = 0,8. Отсюда $100/3 * 0,8 = 26,68$ руб. общий объем средств по региону для N-СМО, подлежащих перечислению в ЛПУ на месяц. Договором предусмотрено перечисление авансового платежа в размере от 60 до 90% в зависимости от наличия кредиторской задолженности ЛПУ по предыдущим периодам. Таким образом 26,68 руб. может быть умножено на любое значение от 60 до 90%. В данной ситуации за СМО остается право определения того или иного процента. Если за ЛПУ числится кредиторская задолженность, то процент аванса может быть уменьшен, если СМО не является основной на территории деятельности (т.е. если коэффициент потребления в регионе составляет для N-СМО меньшую

долю по сравнению с другими СМО), то размер авансового платежа также может быть снижен.

По результатам принятых к оплате счетов-фактур, определяется сумма окончательного расчета, т.е. либо дополнительно перечисляется сумма до 100% от планового значения (с учетом авансового платежа), либо окончательный расчет не производится в случае если сумма счета-фактуры меньше или равна сумме ранее перечисленного авансового платежа с учетом имеющейся у ЛПУ кредиторской задолженности. По врачам общей практики действует несколько другая система оплаты.

ТФОМС утверждает тарифы в соответствии с половозрастной структурой населения и категории ЛПУ (А или Б). ЛПУ формирует заявку на финансирование с указанием численности прикрепленного населения. СМО производит выверку заявки на соответствие численности прикрепленного населения данной СМО. После этого тарифы умножаются на половозрастную структуру населения для категории ЛПУ (А или Б) и определяется сумма финансирования. При этом в ЛПУ перечисляется сумма авансового платежа в 100% объема от заявки с учетом наличия кредиторской задолженности ЛПУ. После этого ЛПУ выставляются счета-фактуры на оплату и через коэффициент их сумма приводится к сумме ранее перечисленного авансового платежа для списания в ТФОМС. Если врач ОВП отработал хотя бы один день в отчетном периоде, списанию подлежит вся сумма авансового платежа.

Фактически применена методика пошагового выбора и использования методов дисконтирования в оценке деятельности ЛПУ с учетом применения доходного подхода к оценке деятельности медицинского коллектива с использованием оценки будущих выгод, показателей рынка МУ и т.п.

Следует сразу определить тот факт, что, несмотря на то, что существует процессное обеспечение производства МУ, и она находится в обороте на возмездной основе, никакого рынка медицинских услуг не существует, так как МСО (Международные стандарты оценивания 2003 года) определяющие рыночные модели оценки, ориентированы изначально не на определение «того, чем обладает собственник», а на констатацию фактов «того, чем оперирует собственник». Модели рыночной оценки характеризуют рыночную стоимость в обмене, а не в использовании. Эти денежные оценки должны быть максимально приближены к фактическим условиям рыночной конъюнктуры; денежные измерители должны характеризовать реально совершаемые сделки купли-продажи на свободном открытом рынке, а также условия транзакций, обусловленные поглощением, слиянием, разделением, выделением и другими формами реструктуризации капитала. В центре внимания при оценке по рыночной версии стоят символы собственности (акции) организаций, а не какие-либо физические или нематериальные объекты. Ценность прав собственности в бизнесе организации определяется в идее эквивалента его капитальных благ - получаемых экономических выгод на капитал. Отсюда дескриптивная модель оценки по рыночному подходу имеет вытекающий вид: Стоимость бизнеса = текущая выгода умноженная на мультипликатор.

Кроме того осуществлена оценка деятельности поликлинического отделения больницы $K_в = P_ф : P_n$ (6) на основе использования коэффициента выполнения функции врачебной деятельности ($K_в$), как отношение фактического числа посещений врача ($P_ф$) к плановому, нормативному числу посещений (P_n).

Для стационара больницы определялся коэффициент эффективного использования коечного фонда ($K_э$), осуществлялась оценка рационального использования коечного фонда как обеспечение нормативных показателей занятости койки при соблюдении нормативных сроков лечения (норма равна 1).

Вычислялась занятость койки $U_n = N_i (365 - O_i \times P_i) : N$ (7), где

U_n - средняя нормативная занятость койки;

N_i - количество коек i - профиля;

O_i - оборот коек i профиля;

P_i - нормативное количество дней простоя койки для санитарной обработки;

N - общее количество коек в стационаре

и сроки лечения $B_n = N_i \times B_i : N$ (8), где

B_n - нормативный показатель длительности лечения;

N_i - количество коек i профиля;

B_i - норматив длительности лечения на койке i профиля;

N - общее количество коек в стационаре.

Расчет коэффициента рационального использования коечного фонда (K_r) $K_r = O_f : O_n$ (9) учитывал фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (U_f) к фактическим срокам лечения (B_f) и нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (U_n) к нормативному сроку лечения (B_n) $K_r = O_f : O_n = (U_f : B_f) : (U_n : B_n)$ (10)

Кроме того, экспертным путем определялось целевое значение использования коечного фонда, отражающее занятость койки для обоснованной госпитализации стационарных больных, которое не может быть более 1, $K_s = U_s : U_o$, (11), где K_s - коэффициент целевого использования коечного фонда, U_s - количество больных, госпитализированных при наличии обоснованных показаний для стационарного лечения, оценивается экспертами иных больничных учреждений, страховых медицинских организаций и ТФОМС, U_o - общее количество госпитализированных больных.

Определение коэффициента экономической эффективности использования коечного фонда ($K_э$) - как интегрального показателя, отражающего степень как рационального, так и целевого использования коечного фонда в соответствии $K_э = K_s \times K_r$ (12) и далее определяется экономическая эффективность деятельности стационара в процентах $\mathcal{E} = 100 \times K_э$ (13).

Исходя из этого экономический ущерб определялся по формуле $У = \Phi \times (1 - K_э)$ (14), где $У$ - ущерб в рублях; Φ - сумма финансовых средств, затрачиваемых на содержание всего коечного фонда; $K_э$ - коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда. При отсутствии данных о нормативах деятельности стационара принимаются значения

среднегодовой занятости койки - 340 дней, средних сроков лечения - 11,4 дней и оборот койки - 29,8 больных за год.

Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники (K_n) и стационара (K_c) осуществлялось на основе суммы фактических расходов поликлиники (Φ_n) и стационара (Φ_c) в процессе сравнения с утвержденными суммами расходов по поликлинике (Π_n) и стационару (Π_c)

$K_n = \Phi_n : \Pi_n$, $K_c = \Phi_c : \Pi_c$ (15). Эффективной оценкой считалось, если деятельность поликлинического отделения и стационара, K_n и K_c ниже K_v и $K_э$.

Объектом исследования являлась прикладная часть экономической науки, изучающая процессы, обслуживающие практическую экономику лечебно-профилактического учреждения амбулаторно-поликлинического и стационарного типа.

Таблица 1

Основные этапы, методы и задачи исследования

Этапы исследования	Методы исследования	Исследуемые позиции	Показатели
1	2	3	4
I Аналитические исследования, формирование и апробация организационной и управленческой стратегии оказания МП пациентам по достигнутому результату и КМП	1 Аналитический 2 Статистических наблюдений, сравнений и испытаний 3 Системный анализ 4 Метод социального сценария 5 Экономический метод вертикальной и горизонтальной оценки	ГОСТР, ОСТ, Законы, нормативные документы, научные статьи, диссертации, истории болезни, отчетные медицинские и экономические формы и т.д.	1 360 диссертаций, авторефератов, научных статей, монографий и нормативных актов 2 Личные исследования и их апробация
II Осуществление трендового анализа текущего бюджетирования в системе процессной организации производства МУ и развитие сценария социальной активности медицинских специалистов	6 Метод бухгалтерского учета финансовых затрат 7 Интегрированное моделирование	1 Годовые отчеты ЛПУ, бухгалтерский отчет, годовой баланс 2 Материалы Комиссий органов управления здравоохранением, СМО 3 Исследование некоторых показателей медико-социальной защиты граждан	1 Формы № 30 (годовая), Форма № 14-Мед. (годовая), Форма № 14-Ф (годовая), отчеты по своду расходов за счет средств бюджета, средств, полученных от оказания платных услуг..
III Обоснование аддитивного сценария, детерминированного условиями бюджетного и внебюджетного финансирования и стимулирования активности медицинских специалистов		1 Итоговые оценки деятельности органами надзора, аудита, КРУ и внутреннего аудита 2. Анкетирование и опрос медицинских специалистов и пациентов 3. Статистические данные	1 Справки об уровне средней заработной платы врачей, средних медицинских работников). 2 Показатели вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи
IV Использование аналитических моделей организации и управления хозяйством ЛПУ и достижение результативности по конечному результату и качеству МП		Сценарии эффективной организации процессов диагностики и лечения, сохранения здоровья застрахованных граждан	1 Перечень дефектов и размеров санкций, предъявляемых СМО за нарушение договорных обязательств к медицинским учреждениям. 2 Стандартизированные критерии оценки.

Предметом исследования являлись организационные и экономические процессы в результате хозяйственной деятельности лечебно-профилактического учреждения.

Границами исследования являлся локальный анализ деятельности отдельных подразделений, врачей и ЛПУ в целом и оценка труда по конечному результату и качеству медицинской помощи.

Единицами наблюдения являлись: лечебно-профилактические учреждения, отделения, врачи, медицинские услуги, экспертные оценки страховых медицинских организаций, процессы и показатели хозяйственной деятельности и средства финансирования, выраженные в абсолютных показателях и в процентах.

Базами исследования являлись «Сходненская городская больница» городского округа Химки Московской области - муниципальное учреждение здравоохранения со стационаром на 220 коек и поликлиникой на 750 посещений в сутки, которая являлась экспериментальной базой для отработки аддитивной модели оценки труда медицинских специалистов по достигнутому конечному результату и КМП. Больница является клинической базой трёх кафедр (Российского университета дружбы народов и Первого Московского медицинского университета им. Сеченова), что способствовало научному развитию и профессиональному совершенствованию сотрудников ЛПУ. А также головное ЛПУ здравоохранения Костромской области - ГУЗ «Костромская областная больница» мощностью 712 коек и имеющая консультационную поликлинику. В целях достижения критического анализа абсолютных и долевых показателей оценке подвергнуты поступления 2003-2010 годов, при этом наиболее значимыми были абсолютные величины 2006-2008 годов, которым уделено наибольшее внимание. Выделение этих трех лет обусловлено следующими важными факторами: во-первых, значительным притоком бюджетных и внебюджетных средств, достигающих 30% по сравнению с предыдущими годами, во-вторых, стабилизацией клинико-статистических оценочных групп и коэффициентов увеличения стоимости базальной системы.

На базе МУЗ «Сходненская городская больница» разрабатывалась организационная и хозяйственная деятельность, где были апробированы методы скользящих средних, балансовый, индексный и эффективности решения факторных задач на основе оценки деятельности стационара и поликлиники с использованием коэффициента выполнения функции врачебной деятельности, определения коэффициента эффективного использования коечного фонда, занятости койки, нормативного количества дней простоя койки для санитарной обработки, сроков лечения и норматива длительности и рационального использования коечного фонда; определения коэффициентов финансовых затрат поликлиники и стационара с учетом оценки фактических расходов поликлиники и стационара в соответствии с утвержденными суммами расходов.

Кроме того, для сравнительной оценки полученных медико-экономических, статистических, финансовых показателей, данных экспертизы

качества медицинской помощи, возникших в ходе реформы, были использованы сведения девяти других лечебно-профилактических учреждений (районные, городские больницы с поликлиниками) Московской области и областная больница Костромской области.

Для сопоставимости результатов осуществлялся сбор информации в виде стандартных унифицированных отчетных форм: Форма № 30 (годовая), Форма № 14-Мед. (годовая), Форма № 14-Ф (годовая), все по 50 форм. Отчеты по своду расходов за счет средств бюджета, средств, полученных от оказания платных услуг (100 отчетов). Справки об уровне средней заработной платы врачей, средних медицинских работников за последние пять лет (10 справок).

Предложенный комплекс методических исследований, в целях решения проблемы развития концепции оценки деятельности медицинских специалистов с достижением организационных подходов и персонального учета труда каждого работающего специалиста и достижения качества медицинской помощи при обслуживании граждан, обсужден на различных форумах, совещаниях, где признано, что избранная модель решения исследуемой проблемы соответствует достижению цели и поставленным задачам.

В главе третьей (*Стратегия управления лечебно-профилактическим учреждением с учетом показателей системы бюджетного обеспечения и ее влияние на качество медицинской помощи*) представлена система учета деятельности ЛПУ и СМО на территории Московской области.

Оценка финансовой обеспеченности Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в части больничной помощи лежит в сопоставлении фактических расходов на стационарную помощь с расчетными объемами расходов. Сопоставление расходов между АПУ и стационаром в соответствии с подушевым нормативом в абсолютных показателях с учетом стоимостных показателей элементов базовой программы сохраняют нормы оказания помощи пациентам по каждой вошедшей в выборку территории ($n=2$), отраженных в форме №62, содержащей интенсивные (подушевые) показатели оказанного объема медицинской помощи (число койко-дней), а также стоимость единицы (койко-дня) объема этой помощи, которые с учетом численности населения были использованы как абсолютные данные. Эти показатели зависят от объемов оказанной больничной помощи, но не учитывают нормативы затрат на её оказание по профилям коечного фонда.

Для оценки роста бюджетного финансирования и поступления средств ОМС в ряде ЛПУ Московской области за период с 2003 по 2010 годы с учетом различных категорий и статуса учреждений, их мощности и возможностей, а также сопоставимости показателей, были использованы следующие критерии отбора ЛПУ для проведения анализа:

1. Уровень учреждения: центральная районная (городская) больница, городская больница.
2. Статус учреждений - муниципальный.
3. Территориально учреждения располагаются в различных районах Московской области и одно в Костромской области.

4. Наличие в составе учреждения стационара и поликлиники.
5. Мощность многопрофильного стационара от 180 до 700 коек и т.д.

Показатели прироста бюджетного финансирования большинства ЛПУ Московской области осуществляется из трех источников: бюджетные средства, средства государственного внебюджетного фонда ОМС и средства, полученные в результате оказания «платных» услуг. Увеличение бюджетного финансирования с 2003 по 2007 годы по всем учреждениям составило до 137,1%, с последующим средним темпом прироста. Поступления средств обязательного медицинского страхования в этот же период достигало 155,9%, как показатель процессной деятельности специалистов ЛПУ на основе возмездных договорных обязательств между лечебно-профилактическими учреждениями и СМО в период введения системы оплаты труда по конечному результату и достигнутому КМП.

Таким образом, в период с 2003 по 2007 год в равной степени увеличивались как бюджетные поступления в ЛПУ, так и прирост средств ОМС за счет условной стоимости балла соответственно на 137,1 и 132,7%. В период с 2008 по 2010 сохранился тот же темп повышения балла на фоне минимального бюджетирования больниц. В итоге бюджетное финансирование от суммы средств поступающих в ЛПУ в этот период колебалось в диапазоне 22%-30,7%, максимальное, соответственно, составляло от 53,7% до 66,3%. Таким образом, бюджетное финансирование составляет в среднем менее половины от величины всех финансовых средств поступающих в ЛПУ. Распределение бюджетных средств по статьям расходования, в частности, выделяемых на оплату труда (ст. 211) в анализируемых ЛПУ в период с 2003 по 2010 годы в среднем составляла от 30,4% до 37,8%. Доля средств на оплату коммунальных услуг по ст. 223 уменьшились за этот период с 13,7% до 9,9%, а доля средств выделяемых на оплату услуг по содержанию имущества по ст. 225 снизилась с максимального показателя в 16,3% до минимального равного 10,7%. Исследование свидетельствует о том, что указанный процент выделенных бюджетных средств явно не достаточен для покрытия потребностей ЛПУ, о чем свидетельствует тот факт, что в зданиях стационаров и поликлиник капитальный ремонт не проводился последние 15-25 лет. Администрации муниципальных территорий (за редким исключением) не вкладывают средства в восстановление основных фондов ЛПУ. Только в четырёх из десяти ЛПУ проводился капитальный ремонт зданий, при этом отремонтировано 5 из 39 требующих ремонта. На развитие ЛПУ выделяется незначительная часть бюджетных средств: в МЛПУ «Лобненская ЦГБ» этот показатель самый высокий - достигает лишь 20% в 2006 - 2007 годах, что ниже необходимого на 80%. Не лучшим образом обстоят дела и в 2008-2010 годах, где по-прежнему сохраняется тот же дефицит. Одновременно средства выделенные на увеличение материальных запасов по ст. 340 за этот же период уменьшились с 19,8% до 10,8%. Основные траты по этой статье обусловлены закупками продуктов питания, медикаментов, расходного материала, строительных и горюче-смазочных материалов, мягкого инвентаря и т.д. Бюджетные средства по этой статье уменьшаются, так как часть финансовой нагрузки на закупку средств обеспечивающих лечебный

процесс и содержание больных (траты на питание, медикаменты, расходный материал, мягкий инвентарь) в большей части обеспечивается средствами внебюджетного фонда ОМС.

Результаты ЭКМП выполненные аудитом страховых медицинских организаций и ТФОМС, представленные в таблицах формы №ПГ («права граждан»), отражающие показатели КМП, свидетельствовали о наличии значительного числа дефектов и финансовых санкций примененных к ЛПУ вследствие неудовлетворительного оказания МП по вине специалистов ЛПУ, включая необоснованное ограничение доступности медицинской помощи. Отрицательная оценка КМП в 2007 году достигла показателя 17,6 случаев на 100 проведенных ЭКМП, превысив аналогичные показатели 2003 года, где этот показатель составлял 15,1. Выявление дефектов сопровождалось удержанием средств методом частичной или полной неоплаты МУ в соответствии с результатом ЭКМП СМО по Московской области, что привело к росту вычетов за исследуемый период с 30 до 286 млн. руб. в год и свидетельствует о недостаточном уровне КМП. Эти вычеты характерны для всех регионов, что свидетельствует о недостаточном уровне поступающих бюджетных средств в ЛПУ и о несоответствии технологий производства МУ, не отвечающих требованиям стандартов.

Таблица 2

Показатели финансирования из всех источников, использованных для оплаты труда и формирование уровня средней месячной зарплаты работников СГБ Московской области при соответствующей (тыс. руб.) стоимости балла

Распределение показателей финансирования заработной платы, в зависимости от стоимости балла							
Год	Постатейные показатели поступления средств					Средне месячная зарплата	Стоим. балла (руб.)
	211	223	225	310	340		
1	2	3	4	5	6	7	8
2003	-	-	-	-	-	Вр. 4,9	26,6
						Мс. 2,9	
2004	-	-	-	-	-	Вр. 5,7	26,7
						Мс. 3,2	
2005	18200,8	2956,2	2883,9	865,1	8072,1	Вр. 6,9	30,9
	991	2956,2	2883,9	701,1	1735,1	Мс. 4,2	
	5,4%	100%	100%	81,0%	21,5%		
2006	25459,2	3813,0	2189,7	2428,5	10572,9	Вр. 13,8	42,0
	3661,0	3813,0	2188,9	1590,4	4263,6	Мс. 8,8	
	14,4%	100%	99,9%	65,5%	40,3%		
2007	41765,9	3489,3	2929,3	2338,1	13778,4	Вр. 28,3	62,0
	5332,3	3471,3	2486,7	2084,2	2199,2	Мс. 18,0	
	12,8%	99,5	84,9%	89,1	16,0%		
2008	75983,0	3985,3	1737,7	1628,9	22968,4	Вр. 35,2	71,2
	6365,1	3947,2	1620,4	1388,7	2307,0	Мс. 26,8	
	8,4%	99%	93,2%	85,3	10,0%		
2009	76747,8	6012,6	68831,6	2292,7	23308,3	Вр. 29,4	73,0
	9072,1	6012,6	68817,9	241,2	1892,6	Мс. 17,7	
	11,8%	100%	99,98	10,5%	8,1%		
2010	66115,5	6027,8	15705,7	11792,0	16214,3	Вр. 28,5	69,0
	8622,0	5943,8	15357,8	11231,5	695,3	Мс. 18,5	
	13%	98,6%	97,8%	95,3	4,3%		

Величина бюджетного финансирования в общей сумме поступающих средств в ЛПУ по всем источникам, использованная для оплаты труда по ст. 211 в анализируемых ЛПУ в период с 2003 по 2010 годы колеблется в пределах от 30,2 до 33,8%. Остальная часть оплаты труда осуществлялась преимущественно из средств фонда ОМС. Для оплаты коммунальных услуг по ст.223 бюджетные поступления увеличились с 79,1 до 97,1%, что позволило практически все коммунальные услуги оплачивать за счет бюджетных поступлений.

Доля суммарных поступлений бюджетных средств в период проведения эксперимента для достижения оплаты труда по конечному результату, использованная для оплаты услуг по содержанию имущества по ст.225 в исследуемый период выросла с 74,6 до 94,0%. Бюджетное финансирование в сумме средств по всем источникам использованное для увеличения стоимости основных активов (ст.310) в анализируемых ЛПУ в период с 2003 по 2007 годы увеличилось с 59,8 до 74,4%. Остальная часть платежей, около 25%, в 2005-2007, 2008-2010 годах покрывалась из средств от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности, спонсорских средств, средств ОМС (резервного фонда профилактических мероприятий СМО - РФПМ).

Существующие административные механизмы управления ЛПУ ведут к лишению их экономической самостоятельности, пассивности главных врачей, торможению развития менеджмента, препятствует развитию рынка МУ и конкурентной среды, а также достижению качества оказываемой медицинской помощи.

В главе четвертой (*Влияние некоторых факторов деятельности медицинских специалистов на заработную плату и развитие конкурентной среды в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях*) представлена тактика развития конкурентной среды и поощрения медицинских специалистов за эффективную деятельность по оказанию медицинской помощи.

В исследованиях реализована интегрированная система оплаты медицинской помощи, которая использует принцип стимулирования каждого звена лечебно-профилактического учреждения. Такая система основана на построении экономических отношений между функционально однородными структурными элементами ЛПУ на основе развития экономического интереса, выделения их из общей структуры в самостоятельно обеспечивающие процессное производство МУ и хозяйственной деятельности. Идея такого подхода состоит в обеспечении реальной конкуренции между специалистами, отделениями, поощрении лучших специалистов, в первую очередь врачей стационаров, поликлинических отделений и побуждение на этой основе наименее квалифицированных специалистов поликлиник и стационаров к повышению своего профессионального уровня. Доход специалиста определяется объемом выполненных МУ, что предполагает получение базовой заработной платы и соответствующей надбавки за оказание высокого КМП. В интегрированной системе оплаты медицинской помощи не открывались лицевые счета различных специалистов ЛПУ, однако велся виртуальный учет,

на основе которого формировался баланс подразделения и конкретного специалиста. Главная идея схемы интегрированной системы виртуального фондодержания побудить специалистов поликлиники, а также отделений стационара брать на себя ответственность за осуществление максимального числа медицинских услуг и на этой основе повысить эффективность использования ресурсов, а также обеспечить реальную защиту интересов застрахованных граждан.

Таблица 3

Расчет стоимости ИНТ по отделениям стационара за февраль 2008 г. в руб.

Распределение учетных показателей по клиническим отделениям					
Учетные показатели	Офтальмология	Терапия	Кардиология	Отоларингология	Итого
1	2	3	4	5	6
Кол-во коек в отделении	45/15	50/10	60	25/15	180/40
Койко/дни	760	1380	1409	864	4413,00
Пациенто/дни	340	90		270	700,00
Средства ОМС (руб.)	1496187,10	1186475,40	1189550,60	873961,92	4746175,02
Дефектура	253316,15			107977,20	361293,35
Мягкий инвентарь 1%	12428,71	11864,75	11895,51	7659,85	43848,82
Медикаменты	167801,76	124557,05	45862,66	42709,01	380930,48
Питание	53200,00	96600,00	98630,00	60480,00	308910,00
ЕСН 26,2%	264473,41	249804,84	270688,56	171645,60	956612,40
Фонд оплаты труда	744967,07	703648,75	762473,88	483490,27	2694579,97
Фонд заработной платы	239332,47	200012,04	197770,41	198758,19	835873,02
Оклад	125151,74	117493,75	121810,85	108457,09	472913,43
Диагностика	8429,42	51356,91	37942,70	1532,43	99261,46
Массаж + ЛФК		237,15	121,44		358,59
Физиопроцедуры	6484,19	7908,36	1491,20	2943,30	18827,05
Лаборатория	7911,90	33001,65	20409,58	9432,63	70755,76
Рентген	1110,40	6662,40	5274,40	1388,00	14435,20
Адм.-хоз. расх. 30%	223490,12	211094,63	228742,16	145047,08	808373,99
Фонд доп. зарплаты 15%	111745,06	105547,31	114371,08	72523,54	404187,00
Консультации специалистов	408,00	6660,00	6128,00	1654,00	14850,00
Прибыль (руб.)	146055,51	81168,30	150222,90	50211,10	427657,81
ИНТ %	117	69	123	46	90
Количество сотрудников	19	20	21	16	76
Производительность труда на 1 человека (тыс. руб.)	79	59	57	55	62

Вся система оказания медицинской помощи основана на Генеральном тарифном соглашении (ГТС) по реализации Московской и Костромской областной программы ОМС между ТФОМС, органами здравоохранения, областной организацией профсоюза работников здравоохранения РФ и др. общественными организациями. На этой основе каждое из подразделений или специалисты берут на себя определенные обязательства, отношения между ними строятся на основе доверительного соглашения, в котором указываются виды предоставляемых услуг и определяются финансовые обязательства сторон. На основе анализа сложившейся ситуации СМО предварительно определяет параметры распределения подушевого норматива и заключает

договорные отношения с ЛПУ. При этом учитывалось, что сильная экономическая мотивация различных специалистов таит в себе серьезную опасность для пациентов, и подвигает специалистов на не выполнение нужных и обязательных исследований, что предполагает жесткую экспертную оценку законченного случая, при котором планируемый результат обращения пациента в учреждение здравоохранения обязательно достигается. В этих целях применяются требования МЭС, как стоимостного выражения стандартизированной технологии диагностики и лечения заболевания, основанной на требованиях и протоколах ведения больных в соответствии с ГОСТ 1:52600-2006, определяющего требования к выполнению полноты МП больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Разделение рисков построено на индивидуальной основе с каждым отделением стационара, поликлиники и в отдельных случаях со специалистами СМО, которые оценивают показатели деятельности поликлиники и стационара на основе МЭЭ и ЭКМП и оценивают весь комплекс профилактического направления деятельности ЛПУ, а также раннее выявление заболеваний, что являлось оценочным критерием непринятия риска и оценивается балльной системой, которая впоследствии в результате сложных преобразований пересчитывается в системе финансового вознаграждения.

СМО осуществляет оценку затрат, определяемых на основе нормативных и распорядительных документов федерального уровня (ПГГ), Московской и Костромской областей, ТФОМС, регламентирующих профиль оказываемой МП в соответствии со структурой учреждений здравоохранения (подразделений), их штатной численности, использования расходных материалов, медикаментов и перевязочных средств, изделий медицинского назначения и медицинского инструментария, а также организацию питания пациентов и ряд других необходимых процедур и т.д. Страховая медицинская организация осуществляет защиту прав граждан и реагирует на возникновение спорных случаев между медицинской организацией и пациентом, следит за задержками госпитализаций и полнотой, качеством обследования пациентов и их удовлетворенностью организацией обслуживания. При этом основная задача СМО состоит в том, чтобы не допустить экономии за счет пациента и следить за рациональным использованием выделяемых средств на лечение больных. Факт интегрированной оплаты труда при соблюдении прав пациента остаётся за рамками МЭЭ и является прерогативой специалистов организации и оценки МП.

Интегрированная система оплаты за оказанную медицинской помощь застрахованным гражданам в ЛПУ, имеющих стационар и поликлинику сводится к тому, что учреждение получает средства на комплексную амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь. При этом устанавливается предел финансовой ответственности каждого отделения и специалиста. Органы управления здравоохранения муниципальных образований осуществляют поквартальную роспись средств дополнительного финансирования по подведомственным муниципальным учреждениям

здравоохранения, являющимися юридическими лицами. Представленные данные отражаются в Квартальных протоколах стоимости медицинских услуг. При этом генеральное тарифное соглашение (ГТС) содержит положения о формировании, изменении и применении тарифов на МУ, оказываемые учреждениями здравоохранения в рамках Программы ОМС.

При применении подушевых тарифов объем финансовых поступлений учреждения здравоохранения определяется произведением числа прикрепленных граждан к данному учреждению здравоохранения на соответствующую базовую часть тарифа и регулирующий коэффициент. Регулирующий коэффициент учитывает выполнение показателей, оценивающих деятельность учреждения здравоохранения с учетом индикаторов деятельности и качества. При отсутствии показателей, оценивающих деятельность учреждения здравоохранения, регулирующий коэффициент имеет значение равное «единице».

Объемные тарифы имеют единицы учета в виде законченного случая лечения в соответствии с утвержденным МЭС; койко-день, пациенто-день в профильном отделении; врачебное посещение; условная единица трудоемкости (далее - УЕТ); простая, сложная или комплексная МУ. Подушевые тарифы формируются в соответствии с показателями, численности прикрепленных граждан с учетом пола, возраста, категории и территориальной доступности медицинской помощи. При формировании базовой части тарифа и использовании средств ОМС учреждением здравоохранения учитываются нормативные затраты лечебных, параклинических и вспомогательных подразделений учреждений здравоохранения, обеспечивающих выполнение плановых объемов и соответствующего качества МП, а также нормативно-правовые акты РФ, Московской и Костромской областей, регулирующие оплату труда, штатную численность работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.

Выплаты стимулирующего характера (за интенсивность и высокие результаты работы), полученные за оказанную медицинскую помощь, осуществляются при условии выполнения медицинским учреждением норм расходования лекарственных средств, продуктов питания и мягкого инвентаря, установленных региональными нормативными правовыми актами.

Сотрудничество с другими учреждениями здравоохранения, необходимыми для реализации плановых объемов и видов медицинской помощи (проведение анализов, диагностики, лечения, услуг консультантов, и т.д.) определяется соглашением между сторонами и служит приложением к договору на оказание медицинских услуг.

Плановая сумма дополнительного финансирования расходов для учреждения здравоохранения определяется в Квартальном протоколе стоимости в соответствии с дополнительной частью тарифа и плановыми объемами. При условии отклонения объема оказанных медицинских услуг от плановых объемов проводится корректировка дополнительной части тарифа с использованием коэффициента соответствия дополнительному финансированию (Кд). Кд рассчитывается ежемесячно, как отношение

плановой дополнительной суммы (по Квартальному протоколу стоимости) к стоимости оказанных медицинских услуг на соответствующую дополнительную часть тарифа.

Помимо подушевого норматива, звено ПМСП, получает оплату за стационар-замещающие виды помощи по МЭС (за дневные стационары при круглосуточных стационарах и АПУ, стационары на дому). Часть наиболее приоритетных МУ, прежде всего профилактического характера, оплачивается по твердым ставкам за каждую услугу (профилактические и медицинские осмотры, диспансеризация больных, активные посещения больных на дому и т.д.).

Оплата стационарной помощи осуществляется в соответствии с несколькими сценариями. При завышении ЛПУ плана по объему стационарной помощи в целях снижения финансовых рисков стационаров и повышения объема гарантированного финансирования он контролируется СМО, что приводит к оказанию МП в рамках запланированного. Другой сценарий борьбы с чрезмерными запросами стационаров заключается в снижении финансовой ответственности СМО за возможное превышение фактических расходов над плановыми, что многими главными врачами больниц, имеющих в своем составе поликлинику, рассматривается как ограничение заработанных средств.

Такой подход обеспечивает органическую и функциональную связь стационара и поликлиники и требует особого организационного мастерства и управленческих усилий для достижения результативности.

Особую роль в условиях отсутствия сложившейся конкурентной среды имеет контроль за занижением объема оказываемых услуг. Это, во-первых, комплекс осуществляемых механизмов регулирования оказываемой МП предоставляющих возможность маневрировать ресурсами без угрозы потерять финансирование на койку. Во-вторых, выполняются рациональные экономические решения за счет оптимизации структуры работ с учетом трудового вклада работников и развивающегося процесса платных услуг, как показатель рационального использования базы ЛПУ и хозяйственной деятельности.

Распределение заработной платы по различным отделениям требует значительного мастерства, поскольку бухгалтерия ведет детальный персональный учет начисленной заработной платы. Множественные проблемы, связаны с распределением заработной платы по отделениям и отдельным специалистам обусловлены необходимостью начисления по каждому конкретному медицинскому специалисту за работу в данном отделении, а также на других участках оказания МП в случаях совместительства, совмещения, дежурств и т.д. В этих целях соотносят средства заработной платы на затраты того подразделения, за работу в котором начислена эта зарплата. При этом, формальный учет затрат по оплате труда в данном подразделении (без учета специфики организационной структуры учреждения) не позволяет корректно осуществлять экономический анализ, ценообразование, экономическое стимулирование и т.д. К примеру, штат сотрудников операционного блока, входит в состав хирургического отделения, однако

операционный блок обеспечивает операции, выполняемые не только хирургическим отделением, но и травматологическим, гинекологическим, урологическим и другими отделениями. Поэтому затраты на лечение хирургических больных операционного блока разнятся между всеми отделениями хирургического профиля, пользующимися блоком. Аналогичная ситуация складывается в отношении реанимационного отделения, так как в его состав входят ставки, необходимые для проведения анестезии и т.д.

Начисления на оплату труда осуществляются исходя из суммарных накладных расходов, исходя из поступивших внебюджетных средств. При этом учитываются затраты в виде ЕСН, эксплуатация мягкого инвентаря, использованные медикаменты, оклад, стоимость питания и т.д. Коммунальные расходы (отопление, водоснабжение, электроэнергия и т.д.) первоначально относимые на стационар, поликлинику в целом финансируются из бюджета. Однако, при экономическом анализе, затраты распределяются на терапевтическое, хирургическое отделения, отдельный кабинет, на 1 кв. м площади, на 1 услугу и другие отделения стационара, поликлинику и т.д. Расходы на коммунальные услуги включают в накладные расходы и распределяют пропорционально фонду заработной платы основного персонала. При переходе на одноканальное финансирование этот фактор может оказать существенное влияние на уровень заработной платы, к чему ЛПУ, работающие на основании интегрированной модели оценки деятельности специалистов ЛПУ по достигнутому конечному результату и КМП, готовы. Уровень заработной платы и качество оказываемой МП в СГБ выше, чем в ряде ЛПУ Московской области в исследуемый период с 2003 по 2010годы.

Оценивая результаты вневедомственной ЭКМП со стороны СМО и МОФОМС, отраженные в таблицах ПГ («права граждан») в выше перечисленных лечебных учреждениях к сожалению можно констатировать отсутствие тенденций улучшения показателей КМП. В семи из одиннадцати ЛПУ, как и в среднем по Московской области, показатели КМП в 2010 году хуже чем, чем в 2003 году. При этом установлено, что не КМП ухудшается, а защита прав застрахованных и ЭКМП становится более эффективной и выявляет все большее число неудач медицинских специалистов. Более того, сам факт системного повышения заработной платы в 2006 и 2007 и последующих 2008-2010 годах не привел к снижению частоты дефектов при оказании МП в большинстве перечисленных ЛПУ. Таким образом, наблюдения показали, что качество медицинской помощи не имеет прямо пропорциональной зависимости от роста заработной платы сотрудников и увеличения финансирования ЛПУ.

Уровень заработной платы врачей и среднего медицинского персонала в период с 2003 по 2010 годы неуклонно рос в период с 2003 года по 2007 год для врачей - в 3,3 раза, для среднего медицинского персонала - в 3,5 раза, с 2008 года по 2010 год - для врачей в 2,5 раза, для среднего медицинского персонала в 3 раза. При этом в эти же периоды была повышена заработная плата всем остальным работникам в 2-3 раза. При этом, она по-прежнему остается низкой. Алгоритм учета трудовой активности, оценка результативности деятельности членов различных отделений и кабинетов согласуются с положениями,

обеспечивающими высокий уровень мотивации медицинских специалистов к процессному обеспечению производства медицинских услуг и достижению КМП.

В главе пятой (*Интегрированная модель оценки деятельности специалистов по достигнутому конечному результату и качеству медицинской помощи на основе организационной и экономической эффективности*) рассматриваются предпосылки развития интегрированной модели оценки деятельности персонала ЛПУ. Утверждается, что медицинский результат является таким же точно натурально-вещественным результатом, как произведенная продукция другими отраслями. При этом всегда обсуждается эффективность производства, как деятельность результатом которой является экономическая эффективность. Медицинская эффективность специалистов ЛПУ, как характеристика деятельности системы здравоохранения, выражается в достижении медицинского результата минимально затраченными на это средствами.

Однако наиболее эффективным методом управления показателями результативности является мотивированная заинтересованность медицинских специалистов в достижении количественных и качественных показателей на основе интегрированной модели оценки деятельности специалистов ЛПУ по достигнутому конечному результату и КМП. При этом реализация организационно-экономических механизмов управления осуществляется на основе принципов «хозяйственного расчета», фондодержания с установлением взаиморасчетов между специалистами и отделениями на основе внутренних цен за оказываемые услуги. Учитывая то, что специалисты и заведующие отделений ЛПУ в своё распоряжение не получают финансовые средства, принцип фондодержания осуществляется как «условное». Учет движения финансовых средств, зачисленных на счет специалистов и отделений осуществляется экономистами ЛПУ.

Оплата труда сотрудников диагностических, вспомогательных и обслуживающих кабинетов, отделений, складывается из фактической суммы перечислений основной группы подразделений за параклинические исследования и процедуры исходя из установленных цен на эти услуги.

Таким образом реализован главный принцип хозяйственного расчета, при котором затраты учреждения не превышают объём поступивших бюджетных и внебюджетных средств, потребности отделений и специалистов - их доходы, т.е. обеспечивается справедливое распределение средств за произведенные МУ с учетом затратных и налоговых вычетов.

В главе шестой (*Результаты внедрения критериев эффективности и качества медицинской помощи в МУЗ «Сходненская городская больница»*) представлены критерии КМП и механизмов оценки эффективности работы персонала, роль и место системы оплаты труда по конечному результату, что позволило принципиально изменить отношение медицинских специалистов к организационно-управленческим решениям руководства ЛПУ и справиться с многими проблемами обеспечения КМП в процессе производства МУ.

Финансирование муниципальных ЛПУ Московской области и Костромской областной больницы из государственного внебюджетного фонда ОМС является основным для обеспечения уставных видов деятельности и жизнеобеспечения. Средняя величина доли средств ОМС, к примеру, с 2003 по 2007 год составляла по годам соответственно: 50,7%, 47,4%, 48,3%, 47,5%, 52,4% и в последующие 2008-2010 годы продолжали увеличиваться. Внедрение системы организационно-экономического управления привело к увеличению доли средств ОМС в финансировании больницы. В 2007 году в МУЗ «Сходненская городская больница» этот показатель самый высокий среди анализируемых ЛПУ и равен 69,9% ($p < 0,05$). Причём эта тенденция сохранилась и в 2008-2009 годах, где доля средств ОМС в финансировании больницы достигла более 80%. В абсолютных цифрах объём финансирования СГБ вырос с 2006 по 2008 годы соответственно с 32808,5 до 55466,1, а затем и до 100713,9 тыс. руб.

Сходненская городская больница получила возможность выбирать специалистов на фоне укомплектованности к 2008 году на 98,3%, а по ставкам ОМС - на 100%. Коэффициент совместительства в результате проводимой кадровой политики в целом по учреждению за период с 2006 по 2008 годы снижался соответственно с 2,0 до 1,6 и к настоящему времени достиг 1,2. Ни в одном другом ЛПУ не было такого большого снижения коэффициента совместительства (на 0,4) за один год. Аналогичные изменения произошли с показателями укомплектованности работниками в поликлинике СГБ, где показатель укомплектованности за 2007 год снизился с 96,9 до 83,5%, а затем увеличился до 97,4%.

Доля стоимости за оказанную МП в стационаре СГБ в объёме средств ОМС в 2006 году была самой высокой среди других десяти анализируемых ЛПУ - 71,9% ($p < 0,05$), однако в 2007 году - снизилась до 57,3% и стала третьим показателем среди ЛПУ региона ($p < 0,1$). Поступление средств за оказанную МП в амбулаторно-поликлиническом звене с учетом внебюджетных средств в 2006-2007 годах в СГБ было самым низким (19,6%-20,7%), при этом абсолютный показатель вырос в 1,8 раза (с 6423,9 - до 11491 тыс. руб.). В 2008 году этот показатель увеличился до 19824,2 тыс. руб., что составило 19,7%. В тоже время прирост объёма поступления средств ОМС за оказание МУ в поликлинике СГБ был самым высоким среди других ЛПУ и составлял 78,9% ($p < 0,05$). Тенденция сохранилась и в последующие 2008-2010 годы, составляя 72,5%, что свидетельствовало об организационных усилиях и интенсификации труда сотрудников СГБ в амбулаторно-поликлиническом звене МП.

Анализ стоимости медицинской помощи в дневном стационаре при круглосуточном стационаре показал, что поступление средств ОМС в период 2006 по 2008 года составило соответственно 6,2%, 9,9% и 6,2% в сравнении с предыдущими годами. В Луховицкой ЦРБ этот показатель выше, чем в СГБ и достигал в эти годы соответственно 10,1%-10,5%, однако эти средства оставались практически на прежнем уровне. В абсолютных цифрах этот показатель в СГБ составлял соответственно 2030,1 тыс. руб., 5483,2 тыс. руб. и 6237,1 тыс. руб. При анализе данного показателя в динамике к предыдущему

году установлено, что увеличение объёмов поступлений средств ОМС за оказание МП в дневном стационаре при круглосуточном стационаре в СГБ составил в 2006 и 2007 годах соответственно -32,9% и 170,1%. В Луховицкой ЦРБ эти показатели достигли соответственно 26,9% и 58,8%, что значительно ниже показателей СГБ. Сверх высокий показатель Павлово-Посадской ЦРБ в 1025,9% в 2007 году обусловлен отрицательным приростом (-79,4%) в 2006 году, что было обусловлено проведением ремонтно-строительных работ, связанных с расширением площадей под дневной стационар при круглосуточном стационаре. При анализе экономической эффективности использования одного места дневного стационара при круглосуточном стационаре установлено, что этот показатель в СГБ равен в 2006 году - 81,2 тыс.руб., в 2007 – 137,1 тыс.руб. и в 2008 – 155,9 тыс.руб. с последующим увеличением в 2009-2010 годах. Стоимостная оценка дневного стационара в исследуемый период в СГБ составила 2,0% - 2 026,4 тыс. руб., а средняя стоимость лечения в пересчёте на одно лечебное место составила 101,3 тыс. руб.

Показатели стоимости МП в стационаре на дому, который в СГБ открыт в 2007 году, достигли значительных величин. Уже в первый год доход составил 512,5 тыс. руб., что достигло 0,9% стоимости медицинской помощи в общем показателе объёма заработанных поступивших средств ОМС. Через год объём в абсолютных цифрах достиг 1 340,6 тыс.руб., что составило 1,3%, т.е прирост объёма поступивших средств в 2008 году достиг 161,6%. Средний показатель стоимости пациенто-места в 2007 году составила 6,0 тыс.руб., который считается самым высоким показателем среди анализируемых ЛПУ ($p < 0,1$). В 2008 году этот показатель достиг 6,9 тыс.руб.

Внедрение системы организационно-экономического управления в СГБ на основе интегрированной модели оценки деятельности специалистов ЛПУ по достигнутому конечному результату и КМП и факторного учета, влияющих на поступление средств ОМС за оказанную МП привело к тому, что Сходненская городская больница стала более привлекательной для трудоустройства, произошло увеличение укомплектованности медицинскими кадрами на конкурсной основе, что в свою очередь привело к улучшению КМП. Если в абсолютных цифрах в круглосуточном стационаре СГБ в 2007 году имеет место увеличение объёма поступления средств ОМС по сравнению с 2006 годом, то при оценке прироста объёма поступления средств ОМС выявлено, что если в 2006 году этот показатель был самым высоким среди ЛПУ (31,6%), то в 2007 – самый низкий – 34,8%. Доля стоимости медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене в объёме средств ОМС в 2006 и 2007 годах практически не отличалась, хотя в абсолютных цифрах этот показатель вырос в 1,8 раза (с 6423,9 - до 11491 тыс. руб.). В тоже время прирост объёма поступления средств ОМС за оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене в 2007 году по отношению к 2006 году в СГБ был самым высоким среди других ЛПУ и составил 78,9%. Тенденция сохранилась и в 2008 году, показатель составил 72,5%.

Данный анализ различных показателей стоимости видов медицинской помощи говорит об интенсификации труда сотрудников СГБ.

Внебюджетные средства, выделенные на оплату коммунальных услуг, материальных запасов и основных активов и содержание имущества, а также некоторые показатели по всем источникам в тыс. руб. и %

Распределение показателей по годам							
	Все источники в абс. показателях и в % в т.ч. ОМС		Ст.223, 225 ОМС	Ст.310 ОМС	Ст.310 все источники	Ст.340 ОМС	Ст.340 все источники
1	2	3	4	5	6	7	8
2003	35712,8		236000,5	1696,1	2163,5	7687,4	10574,9
	236000,5	66,1%	0%	7,2%	78,4%	32,6%	72,7%
2004	38468,2		25249,7	287,0	505,8	7083,2	10406,0
	25249,7	65,6%	0%	1,1%	56,8%	28,1%	68,1%
2005	39672,5		27942,7	-	865,1	6232,0	6232,0
	27942,7	70,4%	0%		0%	22,3%	77,2%
2006	53426,8		32033,3	-	2428,5	6057,8	8072,1
	32033,3	60,0%	0%		0%	18,9%	57,3%
2007	78912,6		54854,6	-	2338,1	11505,9	13778,4
	54854,6	69,5%			0%	21,0%	83,5%
2008	127412,5		102631,5	-	1628,9	20545,4	22968,4
	102631,5	80,6%	0%		0%	20,0%	89,5%
2009	205283,0		104854,4	1223,5	2292,7	20548,6	23308,3
	104854,4	51,1%	0%		53,4	19,6%	88,2%
2010	138865,1		87110,9	11792,0	12235,	15320,3	16214,3
	87110,9	62,7%	0%	-0,5%	64,2%	17,6%	94,5%

Показатели деятельности специалистов поликлиники говорят об увеличении нагрузки на участковую службу с ежегодным увеличением в СГБ числа посещений, если в 2006 году оно составляло 68 245, то в 2007 году достигло 83 214 посещений. Прирост общей посещаемости к врачам ведущим прием в СГБ составил 21,9%. Обслуживание вызовов на дому в СГБ выросло на 15,4% и составило 7 852 посещения. В 2008 году продолжился общий рост количества посещений – до 101038.

Число посещений к среднему медицинскому персоналу и их прирост (в %) к предыдущему году в поликлиниках муниципальных ЛПУ не отличается системностью подхода: в 2006 году колебался от -1,4 до + 35,6%, в 2007 - от – 24,8 до 7,7%. И только в СГБ прирост в 2007 году составил 721,2% (107234 посещений) с дальнейшим приростом в 2008 году ещё на 19,1% (127748 посещений) вплоть до 2010 года, что свидетельствует о развитии **доврачебного** приёма и снижение нагрузки на врача.

Ещё более эффективными являются показатели числа посещений к врачам в системе ОМС: Удельный вес посещений по поводу заболеваний в общем числе посещений, включая профилактические, в поликлиниках ЛПУ, включая СГБ, в 2006 году составлял от 68,1 до 92,8%. В 2007 году соответственно - от 67,7 до 89%. При этом в СГБ при общем росте числа посещений имеется снижение процента числа посещений по поводу заболеваний с 2006 по 2008 годы: 80,3 – 71,1 – 67,5%. Имеется увеличение процента числа посещений профилактического характера в период с 2006 по 2008 годы: 19,7 – 28,9 – 32,5%. Значительно возросла роль кабинета

Таблица 5

Показатели деятельности специалистов стационара

Распределение числа оказанной МПГ в отделениях стационара по годам								
Год	Кол. койко-дней и общ. кол. лечившихся	Сред-я длит. преб. в стационаре	Больничная летальность	Число дней в дн. стац-ре при круглосуточ. стац.	Пролеч больн. в дневн. стац. при круглосуточ. стац.	Сред-я длит-ть. пребыв. в дн. стац. при круглосуточ. стац.	Работа места в дневном стационаре	Оборот места в дневном стационаре
1	2	3	4	5	6	7	8	9
2003	74184	13.2	5620	9317	1007	9,3	311	33,6
	5620	337	88 (1,6%)					
2004	56519 (-23,8%)	12.7	4440	13414 (44,0%)	1479 (46,9%)	9,1	335	37,0
	4400 (-21,0%)	314	69 (1,6%)					
2005	60527 (7,1%)	12.7	4771	13298 (-0,9%)	1487 (0,5%)	8,9	332	37,2
	4771 (7,5%)	336	81 (1,7%)					
2006	62094 (2,6%)	12.5	4975	7050 (-47,0%)	677 (-54,5%)	10,4	282	37,2
	4975 (4,3%)	345	39 (0,8%)					
2007	57803 (-6,9%)	12.1	4763	13431 (90,5%)	1227 (81,2%)	10,9	336	30,7
	4763 (-4,3%)	321	33 (0,7%)					
2008	62888 (8,8%)	12.3	5116	12293 (-8,5%)	1115 (-9,1%)	11,0	307	27,9
	5116 (7,4%)	349	42 (0,8%)					
2009	59287 (-5,7%)	12.2	5307	10426 (15,2%)	992 (-11,0%)	10,5	347,5	33,1
	5307 (3,7%)	329	42 (0,8%)					
2010	59599 (0,5%)	12.1	5366	6807 (-34,7%)	695 (-29,9%)	9,8	226,9	23,2
	5366 (1,1%)	320	42 (0,8%)					

медицинской профилактики СГБ. Прирост числа лиц, обученных основам здорового образа жизни, в период с 2006 по 2008 год вырос соответственно с 9,5 до 24,3 и далее до 226%. Число пациентов обученных в «школах здоровья», которые открыты были в СГБ в 2007 году, выросло к 2008 году с 28 до 360.

Выполнение хирургической помощи в амбулаторно-поликлиническом звене СГБ в эти годы соответственно составила - 73 - 522 и - 825 операций, т.е. прирост составил в 2007 и 2008 годах - 615,1 и 58% (аналогичных результатов в других ЛПУ нет). Прирост число оперированных лиц к предыдущему году в период с 2006 по 2008 год составил 15,9 - 580,8 и - 59,8%. Таким образом, показатели работы поликлиники говорят об увеличении нагрузки на

участковую терапевтическую и педиатрическую службы, появлении целого нового направления в приёме больных - доврачебного приёма.

Анализ стационарной помощи в СГБ по количеству проведенных больными койко-дней в период 2006-2007 и 2008-2010 годы говорит о снижении нагрузки на стационар в среднем: соответственно 62094 и 57803 койко-дней. Если прирост койко-дней в 2006 году составил 2,6% (он практически не отличался от других ЛПУ - ($p < 0,05$)), то в 2007 году - снизился до самого низкого показателя среди ЛПУ (- 6,9%) - ($p < 0,05$). В 2008 году число койко-дней возросло до 62 888, что обусловлено увеличением количества пациентов обратившихся за стационарной помощью: в 2006 году – 4975, в 2007 – 4763, а в 2008 уже 5116 пациентов. Динамика прироста числа лечившихся больных соответствует динамике изменений числа койко-дней: (+4,3) - (- 4,3) - (+7,4)%. (в 2007 году $p < 0,05$).

Средняя длительность пребывания больных в круглосуточном стационаре СГБ постепенно снижается с 12,5 до 12,1 при $p > 0,05$, с шагом длительности пребывания 0,2-0,1 дня. Средняя занятость койки в круглосуточном стационаре СГБ снижается с показателей 2006 года (345) до 320 в 2010 году, что обусловлено направлением потока больных в дневной стационар. Больничная летальность в целом по СГБ в период 2006 - 2010 годы в среднем составляла 0,8%. Таким образом, показатели работы круглосуточного стационара свидетельствуют о снижении нагрузки на стационар и перенос значительного числа случаев в дневной стационар при прежних показателях длительности пребывания больных в стационаре.

Дневной стационар при круглосуточном стационаре получил своё развитие в СГБ в 2007 года и осуществил 13431 дней лечения, что в два раза больше чем в 2006 году. В 2008 году произошло некоторое снижение до 12293 дней лечения, что обусловлено снижением количества лечившихся до 1115 пациентов. Очень высокий результат зарегистрирован в Павлово-Посадской ЦРБ в 2007 году - 1463 больных с показателем прироста 238,7%, который объясняется проведением ремонтно-строительных работ и введением новых площадей под дневной стационар при круглосуточном стационаре. Средняя длительность пребывания больных в дневном стационаре при круглосуточном стационаре в СГБ не отличалась от других ЛПУ и в период с 2006 по 2008 год составила 10,4 - 10,9 и 11,0 дней. Постепенное увеличение длительности пребывания больных обусловлено переносом пациентов с более тяжёлой патологией для лечения с суточного в дневной стационар. Работа места в дневном стационаре при круглосуточном стационаре свидетельствует о значительном улучшении этого показателя в 2007 году - 336 дней (2006 - 282 дня), при этом в отчете ЛПУ не было указано, что дневной стационар является двухсменным и не проведен пересчет работы места. Оборот места в этом типе стационара отражает постепенный рост показателей в 2006-2008 года соответствен в 27,1, 30,7 и 27,9 раз соответственно с последующим ежегодным увеличением этих показателей в 2009-2010 годах почти в полтора раза. Показатели работы дневного стационара при круглосуточном стационаре

говорят о увеличении нагрузки на него в 2007-2010 году в двое, что привело к увеличению работы места почти до 400.

Дневной стационар при поликлинике СГБ работает с 2008 года, в нём было пролечено 280 пациентов, которые провели 3939 дней лечения в дневном стационаре.

Средняя длительность пребывания больных в дневном стационаре СГБ составила 14,1 дня, работа места - 197 дней, а оборот составил 14 раз.

Стационар на дому осуществляет деятельность в СГБ с 2007 года, в нём было пролечено 86 пациентов - самый низкий результат среди всех ЛПУ. В 2008 году эффективность его деятельности выросла более чем в два раза до 124,4% (193 пациента). В 2008 и последующих годах этот показатель увеличивался на 25% при снижении длительности лечения с 14,9 до 12,1 дней

Показатели работы лечебно-вспомогательных кабинетов характеризовались снижением числа лиц, закончивших лечение в ФТО и количества отпущенных им физиотерапевтических процедур вдвое, как в стационаре, так и поликлинике. При этом число отпущенных физиотерапевтических процедур на одного больного в поликлинике выросло до 18,2.

Аналогичная динамика с числом обследованных в поликлинических условиях отмечена при рентгенологических и функциональных исследованиях.

Показатели работы диагностических отделений говорят об:

-уменьшении числа рентгенологических исследований выполненных в СГБ. Количество исследований в поликлинике стабилизировалось на показателе 50-51% от общего количества исследований;

-значительном уменьшении количества выполненных клинических и биохимических анализов, росте количества анализов, выполненных амбулаторным больным до 45,7%;

-увеличении числа выполненных эндоскопических исследований до 26%-30%.

-кроме того, произошло уменьшение УЗИ, выполненных стационарным и амбулаторным больным и уменьшение числа лиц, обследованных в кабинетах функциональной диагностики почти в два раза по сравнению с 2006 годом.

Начиная с 2008 года 40-38% пациентов стали обследоваться в амбулаторных условиях.

Получение финансовых средств от приносящей доход деятельности, как обычно говорят от оказания «платных» услуг, является одной из статей финансирования ЛПУ. Ежегодно, органы управления здравоохранением муниципальных территорий спускают в ЛПУ всё возрастающие план-задания на оказание «платных» услуг. В соответствии со ст. 24 Федерального закона № 7-ФЗ от 12.01.1998г.: «О некоммерческих организациях» некоммерческая организация может осуществлять предпринимательскую деятельность, но лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых она создана. Возможность для бюджетного учреждения осуществлять приносящую доходы деятельность предусмотрена также в п. 3 ст. 50 ГК РФ, п. 2 ст. 42, п. 3 ст. 161, п. 1 ст. 232, п. 4 и 6 ст. 254 БК РФ, а также в ряде других нормативных актов,

включая утверждаемые ежегодно законы о федеральном бюджете. В перечисленных выше статьях Бюджетного кодекса РФ указанная деятельность определена как предпринимательская и иная приносящая доход. Оказание платных медицинских услуг лечебно-профилактическими учреждениями осуществляется в рамках Гражданского и Бюджетного Кодексов в соответствии с постановлением Правительства РФ от 13.01.1996 № 27 «Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению». Полученные финансовые средства от приносящей доход деятельности обычно находятся в распоряжении главного врача ЛПУ и используются по его усмотрению. Оценка влияния внедренной системы организационно-экономических механизмов управления ЛПУ на показатели приносящей доход деятельности ЛПУ, в части развития этой формы дохода и использования этих средств, носит административно-управленческий характер.

В период с 2003 по 2007 годы практически во всех ЛПУ отмечается увеличение поступивших средств от производства платных медицинских услуг, в то же время доля этих средств в годовом финансировании колебалась в пределах от 1,3 до 12,7%. Показатели МУЗ «Сходненская городская больница» в период с 2004 года по 2007 годы в абсолютных цифрах увеличивались от 499,8 тыс. руб. до 2 608,4 тыс. руб., достигнув своего максимума, а затем постепенно снижаясь. Особенно заметно увеличение в 2006 году, которое обусловлено фактором жесткого контроля со стороны администрации ЛПУ за оказанием «платных» услуг и учётом финансовых средств. Доля доходов от «платных» услуг СГБ в 2007 году и в 2008 году снизилась соответственно до 3,3% и 1,9 % (причем в 2008 году имеется снижение и абсолютных показателей) и продолжало снижаться. Это объясняется ориентацией администрации и сотрудников СГБ на оказание медицинской помощи населению в рамках ОМС, условия работы в котором позволяют зарабатывать учреждению значительные средства. Этот вывод подтверждается динамикой доходов от «платных» услуг. Средняя величина прироста доходов от «платных» услуг в ЛПУ в период с 2003 года по 2007 годы составила соответственно (+20,6%), (+28,8%), (+48,6%), (+25,7%). В то же время эти показатели в СГБ в период с 2003 года по 2008 годы составили соответственно (-23,7%), (+53,9%), (+225,0%), (+4,3%), (-6,3%). В 2008 году отмечено снижение поступающих средств от «платных» услуг.

Доли реализованных средств от «платных» услуг в годовом объёме израсходованных финансовых средств муниципальных ЛПУ соответствуют количественным показателям поступившим от «платных» услуг в консолидированном годовом бюджете этих учреждений. При снижении доли реализованных средств от «платных» услуг в СГБ в период с 2006 года по 2007 год соответственно с 4,7% до 3,6%, имеется увеличение этих показателей в абсолютных цифрах на 283,8 тыс. руб., т.е. с 2527,4 до 2 811,2тыс.руб. В 2008 году уже имеется снижение, как доли реализованных средств (до 1,9%), так и абсолютных показателей реализации платных средств до 2 443,8тыс. руб. Кроме того отмечается четкая отрицательная динамика показателей при

реализации «платных» МУ относительно предыдущего года. В СГБ с 2006 года по 2008 год эти показатели соответственно составляли +244,7, +11,2%, -13,1%.

Распределились финансовые средства от приносящей доход деятельности по оказанию платных МУ следующим образом: на оплату труда по ст.211 в период с 2003 года по 2010 год в различных ЛПУ этот показатель составил от 13,0% до 53,3% всех поступивших средств от данного вида деятельности. Количество средств, поступивших от «платных» услуг, направленных на оплату труда по ст. 211 в СГБ в 2007 году было самым высоким среди ЛПУ, а в 2008 году он вырос ещё больше достигнув 55,9% от общего количества средств поступивших от оплаты этого вида МУ. При этом абсолютное количество финансовых средств, выделенных по ст. 211, выделенных из средств ОМС уменьшилось в 2008 году по сравнению с 2007 годом до 1 365,1 тыс. руб.

Доли средств от «платных» услуг, выделенные на оплату коммунальных услуг – ст. 223 в различных ЛПУ за этот промежуток времени составили от 0 до 7,7% объёма платных средств. Средства от приносящей доход деятельности для покрытия расходов на коммунальные услуги в большинстве ЛПУ не используются (задействуются преимущественно бюджетные средства). Только в Звенигородской ЦГБ и Луховицкой ЦРБ, доля средств от «платных» услуг, выделенная на оплату коммунальных услуг, равнялась максимальным 7,6 и 7,7% соответственно (794,0 и 903,2 тыс. руб.).

Средства от приносящей доход деятельности являются одной из статей финансирования ЛПУ, которые составляют в различные годы от 5,9% до 6,9 % от общего объёма финансирования ЛПУ. С введением организационно-экономических механизмов управления ЛПУ в СГБ с января 2007 года наблюдается снижение прироста доходов от «платных» услуг и эти показатели в период с 2006 по 2008 год, соответственно составили +225,0%, +4,3%, -6,3%). При этом использование средств от поступлений за оказанные платных МУ на различные расходные статьи снижает интерес медицинских сотрудников к их производству, которое нередко сопровождается повышенной ответственностью. Поступившие средства, полученные от приносящей доход деятельности, различными ЛПУ используются по усмотрению руководства медицинского учреждения, в частности, на оплату труда от 13,0% до 53,3%, на оплату коммунальных услуг до 7,7%, на оплату услуг по содержанию имущества до 15,7%, на увеличение основных активов от 33,2%, для погашения стоимости материальных запасов от 7,8% до 51,23%.

При этом наиболее показательными поступлениями дохода от платных услуг является 2007 год в СГБ, когда на оплату труда было выделено 53,3% всех средств от этой деятельности. В СГБ в период развития, апробации и внедрена интегрированной модели оценки деятельности специалистов ЛПУ по достигнутому конечному результату и КМП с общим снижением поступлений от приносящей доход деятельности снизились выделяемые средства на услуги по содержанию имущества (ремонтные работы помещений учреждения – 15,7%), на увеличение и закупку материальных запасов (2,6%), а также на увеличение основных активов, в частности с 33,2% в 2006 году до 9,0% в 2007 году. Кроме того, важным фактором снижения поступлений от приносящей

доход деятельности явился рост средств ОМС, обусловленный новыми принципами оценки труда и КМП с введением организационно-экономических

Таблица 6

Использование финансовых средств для решения задач по производству МУ и ведения хозяйственной деятельности ЛПУ

Распределение показателей деятельности специалистов АПО							
Год	Доля реализ-х средств от платных услуг (в ГОИФС)	Доля средств от платных услуг, выд. на оплату труда	Доля средств от платных МУ в сумме финанс средств (ст.223)	Доля средств от платных МУ по всем источ. (ст.225)	Доля средств от платных услуг по всем источ. (ст.310)	Доля средств от платных услуг по всем источ. (ст.340)	Доля средств от платных услуг по всем источ. (ст.211)
1	2	3	4	5	6	7	8
2003	35712,8	660,8	2282,7	2843,1	2163,5	10574,9	12287,8
	660,8	180,1	28,0	23,4	213,4	64,0	180,1
	1,9%	27,2%	1,2%	0,8%	9,9%	0,6%	1,4
2004	38468,2	487,3	2288,9	3287,9	505,8	10406,0	15168,5
	487,3	202,2	1,4	-	108,8	80,5	202,2
	1,3%	41,5%	0,1%	0%	21,5%	0,7%	1,3
2005	39672,5	733,2	2956,2	2883,9	865,1	8072,1	18200,8
	733,2	318,3	-	-	164,0	105,0	318,3
	1,8%	43,4%	0%	0%	19,0%	1,3%	1,8
2006	53426,8	2527,4	3813,0	2189,7	2428,5	10572,9	25459,2
	2527,4	1070,0	-	0,8	838,1	251,5	1070,0
	4,7%	42,3%	0%	0,04%	34,5%	2,4%	4,2
2007	78912,6	2811,2	3489,3	2929,3	2338,1	13778,4	41765,9
	2811,2	1498,1	17,6	442,6	253,9	73,3	1498,1
	3,6%	53,3%	0,5%	15,1%	10,9%	0,5%	3,6
2008	127412,5	2443,8	3985,3	1737,7	1628,9	22968,4	75983,0
	2443,8	1365,1	38,1	117,3	240,2	116,0	1365,1
	1,9%	55,9%	1,0%	6,8%	14,7%	0,5%	1,8
2009	205283	3992,7	6012,6	68831,6	2292,7	23308,3	23308,3
	3992,7	1224,7	-	13,7	828	867,1	867,1
	1,9%	30,7%	0%	0,02%	36,1%	3,7%	3,7
2010	138865,1	3746,1	6027,8	15705,7	11792	16214,3	16214,3
	3746,1	1637,9	-	347,9	496,3	198,7	198,7
	2,7%	43,7%	0%	2,2%	4,2%	1,2%	1,2

механизмов управления в СГБ в 2007 году. Это способствовало значительному увеличению доли бюджетных и внебюджетных поступлений на оплату услуг по содержанию имущества, которая увеличилась с 0,04% до 15,1%, при снижении с 2,4% до 0,5% доли указанных средств, выделенных для увеличения стоимости материальных запасов.

Оценка эффективности деятельности различных отделений получила одобрение органов осуществлявших внешний аудит и экспертную оценку деятельности коллектива СГБ.

В 2009 году поликлиника работает эффективно, поскольку при финансовом обеспечении 93% функция врачебной должности выполняется на 98%. Стационар работает неэффективно, поскольку при финансовом обеспечения 101% коечный фонд используется лишь на 98%, так как часть нагрузки перенесено на поликлинику, что в целом является положительной

тенденцией. При этом расходы между поликлиникой и стационаром делятся в соотношении 2:1, в отличие от других ЛПУ, где это соотношение равно 3:1.

При этом сроки лечения в стационаре снижаются и составили в 2006 году 13,0 дней, в 2007 году 12,6 дней и в 2009 году 12,5 дней. При фактическом обороте койки (отношение фактической занятости койки (U_f) к фактическим срокам лечения (B_f)) $U_f(2006)=314,3$; $B_f(2006)=12,3$; $U_f(2007)=323,7$; $B_f(2007)=12,0$; $U_f(2009)=333,7$; $B_f(2009)=11,2$ при нормативном обороте койки и ее занятости (U_n) к нормативному сроку лечения (B_n) коэффициент K_r в 2006 году составил $(314,3/12,3) : (320,4/13)=1,04$, в 2007 году - $(323,7/12,0) : (320,1/12,6)=1,06$ и в 2009 году - $(333,7/11,2) : (305,1/12,5)=1,22$, где доказана эффективность работы стационара при среднегодовой занятости койки - 340 дней, средних сроков лечения - 11,4 дней и оборот койки - 29,8 больных за год.

В 2010 году поликлиническое отделение работает эффективно, так как при финансовом обеспечении на 88% функция врачебной должности выполняется на 111%. Стационар работает тоже эффективно так как при финансовом обеспечении на 89% коечный фонд используется на 93%.

Применение данной системы оценки деятельности по конечному результату в течение года принесло хороший результат в Костромской областной больнице. Так не выполнявшийся план по количеству посещений врача в 2009 году (0,98) в 2010 году перевыполнен (1,11), коэффициент финансовых затрат стационара с 1,01 в 2009 году снижен до 0,89 в 2010 году. Общий коэффициент финансовых затрат по стационару снижен с 0,93 в 2009 году до 0,88 в 2010 году. Достигнуты хорошие показатели работы койки, которая использовалась в 2010 году 334 дня, а в 2009 году 306 дней. Средняя длительность пребывания пациента на койке снизилась с 13,3 в 2009 году до 12,2 в 2010 году. Занятость койки всего по ЛПУ составила 365 дней ($365-Q_i \cdot P_i$), коэффициент использования коечного фонда увеличился до 1,02 и т.д.

Разработанная и апробированная на базе СГБ организационно-управленческая интегрированная модель оценки деятельности специалистов лечебно-профилактического учреждения, формирующая оценку деятельности медицинских специалистов по достигнутому конечному результату и качеству медицинской помощи, зависящему от эффективности экономического управления в условиях дефицита средств, зарекомендовала себя как способная обеспечить достижение коллективной и индивидуальной эффективности при оказании МП гражданам.

ВЫВОДЫ

1 Условия, сложившиеся в здравоохранении в конце 80-х - начале 90-х годов и реализовавшиеся в виде Нового хозяйственного механизма, послужили основой возникновения различных направлений развития организационного управления ЛПУ, формируя рыночные условия с существенным возрастанием роли контроля за ключевыми организационными и управленческими функциями и качеством оказываемой медицинской помощи, активизируя работу с персоналом по материальному и моральному стимулированию.

Установленный сметный порядок финансирования ЛПУ препятствует внедрению новых хозяйственных механизмов, не позволяет развивать

конкурентную среду на рынке обязательного медицинского страхования, поддерживает нерациональное размещение и использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов, что в конечном итоге не обеспечивает достаточный уровень КМП и ограничивает доступ населения к ней и предполагает применение стимулирующих факторов, которые должны играть основную регулятивную роль в достижении эффективной помощи гражданам. Администрации муниципальных территорий, как собственник, не вкладывают средства в восстановление основных фондов.

2 На базе городской больницы разработана и апробирована организационно-управленческая интегрированная модель оценки деятельности специалистов лечебно-профилактического учреждения, формирующая оценку деятельности медицинских специалистов по достигнутому конечному результату и качеству медицинской помощи (с применением социального, аддитивного сценария и сценария борьбы с чрезмерными запросами стационара), зависящих от эффективности экономического управления, что подтверждается медико-экономическими, статистическими показателями деятельности коллективов больниц с учетом процессного обеспечения производства медицинских услуг и достижения показателей в оценке работы койки, средней длительности пребывания на ней, а также по оценке результатов деятельности ЭКМП СМО, МОФОМС, Казначейства и органов управления здравоохранением. Использованные показатели горизонтального, вертикального и постатейного анализа, обеспечили сравнительный анализ, поступивших бюджетных, внебюджетных и платных средств, что позволило достигнуть эффективное выполнение врачебной функции на занятых ставках в поликлинике при финансовом обеспечении их на 93% и функция врачебной должности - на 98% при коэффициенте целевого использования коечного фонда 1,01, что является эффективным показателем деятельности поликлиники и стационара, так как при финансовом обеспечении на 89% коечный фонд используется на 93%.

Осуществлено снижение сроков лечения в стационаре с 13,0 дней в 2006 году - до 12,6 дней в 2007 и до 12,5 дней в 2009 году при фактической занятости койки равной 314,3 дня в 2006 году, 323,7 дня – в 2007 году и 333,7 – в 2009 году, при коэффициенте рационального использования коечного фонда равным в 2006 году 1,04, в 2007 году - 1,06 и в 2009 году - 1,22, где доказана эффективность работы специалистов стационара при среднегодовой занятости койки - 340 дней, средних сроков лечения - 11,4 дней и оборот койки - 29,8 больных за год.

Показатели деятельности специалистов поликлиники при финансовом обеспечении на 88% функция врачебной должности достигла выполнения на 111%.

Применение данной системы оценки деятельности по конечному результату в течение года позволило добиться от специалистов больницы, не выполнявшим план по количеству посещений в 2009 году (0,98), его перевыполнения в 2010 году (1,11). Коэффициент финансовых затрат стационара с 1,01 в 2009 году удалось снизить до 0,89 в 2010 году. Общий

коэффициент финансовых затрат по больнице снижен с 0,93 в 2009 году до 0,88 в 2010 году. Достигнуты хорошие показатели работы койки, которая использовалась в 2010 году 334 дня, а в 2009 году только 306 дней. Средняя длительность пребывания пациента на койке снизилась с 13,3 в 2009 году до 12,2 в 2010 году. Занятость койки всего по ЛПУ составила 365 дней ($365 - Q_i * P_i$), коэффициент использования коечного фонда увеличился до 1,02 и т.д.

3 Существующую систему учета деятельности ЛПУ и СМО, в виде расчетных показателей плана-задания на год, формирования протоколов стоимости медицинской помощи, с использованием коэффициентов потребления, учёта категорий ЛПУ, сложных расчетов авансовых платежей, подлежащих перечислению в ЛПУ, а также с многими другими процедурами, следует считать не состоятельной. Бюджетное финансирование муниципальных лечебно-профилактических учреждений Московской области удовлетворяет ЛПУ лишь на величину менее половины от суммы потребных финансовых средств по всем источникам. При этом в период с 2003 по 2007 год прирост бюджетного финансирования и средства внебюджетного фонда ОМС системно, достаточно равномерно увеличивался за счет сложной методики расчета стоимости балла. А с учетом интенсификации трудового вклада специалистов СГБ удалось увеличить объем заработанных средств ещё на 23,2%. Показатели средств выделяемых на оплату труда в ЛПУ в период с 2003 по 2007 годы в среднем увеличились с 30,4 до 37,8% , что обусловлено политикой государства и применением интегрированной системы расчёта заработной платы специалистов ЛПУ.

Выделенных бюджетных средств на оплату услуг по содержанию имущества (включая платежи на ремонт оборудования, капитальный и текущий ремонт зданий, содержание помещений) не достаточно для покрытия потребностей ЛПУ.

4 Интегрированная система оплаты за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам в больнице со стационаром и поликлиникой сводится к тому, что каждое учреждение получает средства на комплексную амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь. При этом устанавливается предел финансовой ответственности каждого отделения и специалиста.

Начисления на оплату труда осуществляются исходя из суммарных накладных расходов и поступивших внебюджетных средств. При этом учитываются затраты в виде ЕСН, эксплуатация мягкого инвентаря, оборудования, использованные медикаменты, административно-хозяйственные расходы, стоимость питания и т.д.

Коммунальные расходы (отопление, водоснабжение, электроэнергия и т.д.) первоначально относимые на стационар, поликлинику на терапевтическое, хирургическое отделения, отдельный кабинет, на 1 кв. метр площади, на 1 услугу и другие отделения стационара и поликлиники и т.д., включенные в накладные расходы распределяются пропорционально фонду заработной платы основного персонала, ведутся как фактор контролирующей деятельность

каждого структурного подразделения, но до настоящего времени существенно не влияющий на конечную заработную плату специалистов.

5 Эффективность внедрённой интегрированной модели оценки деятельности специалистов ЛПУ по достигнутому конечному результату и КМП зависит от организационно-экономического управления и подтверждается медико-экономическими, статистическими показателями деятельности специалистов при условии, что рост поступлений на статьи заработная плата и начисление на нее поставлены под жесткий контроль специалистами ЛПУ в целях эффективного использования имеющихся ресурсов на основе учета и контроля доходов и расходов структурными подразделениями (отделениями) в стационаре и каждого специалиста в поликлинике, что обеспечило справедливое и честное распределение средств на основе индивидуального вклада в процессное обеспечение производства медицинских услуг.

Основой достижения результативности является личная заинтересованность сотрудников больницы, как в конечном результате своей работы, так и их отделений и в конечном итоге всего учреждения, забота о росте имиджа больницы и ее привлекательности для пациентов, что в конечном итоге оценивается в итогах оплаты труда по достигнутому конечному результату. Уравнительная система оплаты труда, основанная на оплате труда в ставках, не может отражать интересы сотрудников.

6 Финансовые средства от приносящей доход деятельности являются одной из статей финансирования ЛПУ, но не основной, т.к. доля этих средств в общем объёме финансирования ЛПУ менее 7% от общих поступлений.

С введением организационно-экономических механизмов управления ЛПУ в СГБ с января 2007 года отмечается снижение объёмов «платных» МУ, а в 2008-2009 годах наблюдается показатели одного и того же уровня. В эти годы наблюдается ситуация, когда администрация и коллектив СГБ не отказываясь от оказания «платных» медицинских услуг, основные усилия переносят на деятельность по оказанию населению бесплатной качественной медицинской помощи в рамках системы ОМС, самостоятельно решая проблему нагрузки на каждого медицинского специалиста. Таким образом, при культивировании в ЛПУ интегрированной модели, обеспечившей сотрудникам рост заработной платы, происходит переоценка необходимости прибегать к платным услугам как источнику дополнительно финансирования работников.

На формирование общего фонда заработной платы СГБ «платные» средства не оказывают существенного влияния, так как они составляют 3,6-4,3% в 2007-2009 годах. Здесь главную роль играют средства ОМС, которые составляют 83,6 % от всех поступивших средств.

7 Введение интегрированной модели оценки деятельности специалистов ЛПУ по достигнутому конечному результату и качеству медицинской помощи повышает мотивацию к производству качественных медицинских услуг за счет персонального учета вклада каждого конкретного специалиста, отделения и создает условия для формирования двухуровневой заработной платы (должностной оклад с компенсационными выплатами – базовая заработная плата и надбавки за качество оказанной медицинской помощи), превышающей

в среднем во всех случаях на 2-10 тыс. показатели заработной платы до введения данной модели, которая определяет новые более справедливые возможности формирования заработной платы при существующем дефиците средств в ЛПУ для обеспечения производства качественной медицинской помощи.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1 С целью достижения оптимальных результатов деятельности лечебно-профилактических учреждений и мотивации труда сотрудников различных лечебно-профилактических учреждений и организаций, ориентированных на результат необходимо внедрение процессного управления производством медицинских услуг на основе интегрированной модели достижения результативности медицинского коллектива с учетом получения каждым медицинским работником результирующего успеха и высокого качества медицинской помощи с учетом оценки различных факторов труда.

2 Создать систему детального сбора информации, характеризующую качество медицинской помощи с учетом анализа ошибок диагностики и лечения, выявления и устранения их причин различными уровнями контрольных органов (КИЛИ, КЭК, МЭЭ и т.д.) и влияющую на оценку деятельности каждого конкретного специалиста, отделения, службы и вспомогательных подразделений в целях реализации принципа оценки работы персонала «по конечному результату».

3 Мотивированную выплату заработной платы сотрудникам больницы осуществлять по следующей схеме: базовая заработная плата по занимаемой должности и надбавка за интенсивность труда и качество оказанной медицинской помощи.

4 Фонд базовой заработной платы подразделений и специалистов, т.е. обязательные выплаты формировать, в соответствии:

- со штатным расписанием и тарификационными списками сотрудников (каждый сотрудник тарифицируется только по одной ставке) на основании должностных окладов и ставок с учетом квалификационной категории, ученой степени, почетного звания, руководства подразделением;
- с учетом доплат за работу в ночное время, выходные и праздничные дни, за совмещение профессий (должностей) или исполнение обязанностей временно отсутствующего работника, врачам-руководителям и их заместителям - за работу по специальности в пределах рабочего времени по основной должности с оплатой в размере до 25 процентов должностного оклада врача соответствующей специальности;
- с учетом надбавки за продолжительность непрерывной работы в учреждениях здравоохранения и за замещение на время основных и учебных отпусков, а также доплат, установленных в соответствии с установленным порядком и т.д. в соответствии с разработанным порядком Департаментом здравоохранения региона.

СПИСОК РАБОТ ОПУБЛИКОВАННЫХ В ИЗДАНИЯХ, РЕКОМЕНДОВАННЫХ ВАК

- 1 Зинчук Ю.Ю. Качество медицинской помощи и врачебные ассоциации / Здравоохранение РФ. -2004. - № 5. - С. 6 - 8.
- 2 Зинчук Ю.Ю. Оплата труда по конечному результату как основа экономической стабильности учреждений здравоохранения /Человек и труд. - 2008.- № 8. С.51-53.
- 3 Зинчук Ю.Ю. Экономическая самостоятельность лечебно-профилактических учреждений – основа реформирования микроэкономики здравоохранения / Здравоохранение РФ. – 2009. - № 1. –С. 12-17.
- 4 Зинчук Ю.Ю. Экономические механизмы управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса /Экономика здравоохранения. – 2009. - № 2. С. 9 -17.
- 5 Зинчук Ю.Ю. Фактор заработной платы во влиянии на качество медицинской помощи в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях /Экономика здравоохранения. -2009. -№ 4.-С.26 -30.
- 6 Зинчук Ю.Ю. Опыт управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса в муниципальной больнице /Здравоохранение РФ. -2009. - № 4. - С. 3-10.
- 7 Зинчук Ю.Ю. Доля бюджета в финансировании муниципальных лечебно-профилактических учреждений Московской области /Экономика здравоохранения. - 2009. -№ 5-6. -С. 30-37.
- 8 Зинчук Ю.Ю. Влияние способа оплаты труда и хозрасчетных отношений на показатели деятельности муниципального ЛПУ. /Электронный ресурс // Социальные аспекты здоровья населения. - М.-2011(19). -№3. -Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/299/30/lang,ru/>.
- 9 Зинчук Ю.Ю. Некоторые подходы к оценке деятельности медицинских специалистов в условиях развивающегося рынка медицинских услуг / Зинчук Ю.Ю., Пацукова Д.В., Ластовецкий А.Г., Фурсенко С.Н./ Электронный ресурс // Социальные аспекты здоровья населения. - М.-2011(20). -№4. -Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/338/30/>.
- 10 Зинчук Ю.Ю. Влияние «оплаты труда по конечному результату» на показатели работы областной больницы. /Экономика здравоохранения. - № 1-2. - 2011. –С. 69-74.
- 11 Зинчук Ю.Ю. Влияние хозрасчётных отношений на эффективность деятельности ЛПУ /Экономика здравоохранения. - 2011. -№ 7-8. -С. 5-11.
- 12 Зинчук Ю.Ю. Оплата труда, ориентированная на конечный результат. /Человек и труд. -2011.- № 7. С.37-39.
- 13 Зинчук Ю.Ю. Реализация принципа хозяйственного расчёта в работе областной больницы и его результаты. /«Вестник Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова», основной выпуск 2011г. – Кострома. -№ 4. – 2011. –С. 270-274.
- 14 Зинчук Ю.Ю. Влияние системы оплаты труда на результаты деятельности ЛПУ. /Экономика образования. -№ 3. - 2011. -С. 252-258.

15 Зинчук Ю.Ю. Отраслевая система оплаты труда в областной больнице. / Военно-медицинской журнал. - № 11. - 2011. –С. 65-66.

16 Зинчук Ю.Ю. Влияние способа оплаты труда и хозрасчётных отношений на показатели ЛПУ / Вестник Московского стоматологического института. -№ 4. - 2011. -С. 25-28.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ МОНОГРАФИЙ

17 Зинчук Ю.Ю. Управление эффективностью и качеством медицинской помощи в муниципальной больнице (практический опыт и рекомендации) /-М.: Издательский дом «Менеджер здравоохранения». -2009. -120 с.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ СТАТЕЙ, МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИЙ

18 Зинчук Ю.Ю. Оплата труда по конечному результату в муниципальной больнице / Зинчук Ю.Ю., Каган А.И./ Главный врач: хозяйство и право. -2008. - № 2. -С. 2 - 5.

19 Зинчук Ю.Ю., Кича Д.И. Уровень заработной платы и качество медицинской помощи в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях / Зинчук Ю.Ю., Кича Д.И./ Проблемы здравоохранения, гигиены и медицины: Матер. Третьей Международной конференции. Москва, 2-6 июня 2008г. - М.: «РУДН». -2009. - С. 58-64.

20 Зинчук Ю.Ю. Введение договорных отношений, исключение сметного финансирования, расширение экономической самостоятельности ЛПУ - основа реформирования микроэкономики здравоохранения. /Менеджер здравоохранения. - 2008. - № 5. -С. 9-15.

21 Зинчук Ю.Ю. Оплата труда по конечному результату - основа успешности экономики медицинских учреждений /Сборник научных трудов посвящённый 40-летию ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого Минобороны России». «Организация высокотехнологичной медицинской помощи в многопрофильном стационаре». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». - Красногорск - 2008. - С. 353-355.

22 Зинчук Ю.Ю. Опыт внедрения экономических индикаторов качества медицинской помощи в муниципальной больнице. /Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы здравоохранения» посвящённой 80-летию со дня образования Пушкинского муниципального района Московской области. –Пушкино. - 2009. С. 28-29.

23 Зинчук Ю.Ю. Управление качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса в муниципальной больнице /Зинчук Ю.Ю., Гуров А.Н., Катунцева Н.А./ Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы здравоохранения» посвящённой 80-летию со дня образования Пушкинского муниципального района Московской области. - Пушкино. - 2009. - С. 22-24.

24 Зинчук Ю.Ю.Экономическая эффективность в реформировании лечебно-профилактических учреждений / Зинчук Ю.Ю., Гуров А.Н., Катунцева Н.А./ Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы

здравоохранения» посвящённой 80-летию со дня образования Пушкинского муниципального района Московской области. - Пушкино. - 2009. - С. 25-27.

25 Зинчук Ю.Ю. Заболеваемость населения Московской области / Зинчук Ю.Ю., Катунцева Н.А., Гуров А.Н., Смбалян С.М., Янина О.В./ Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы здравоохранения» посвящённой 80-летию со дня образования Пушкинского муниципального района Московской области. - Пушкино. - 2009.- С. 30-31.

26 Зинчук Ю.Ю. Влияние «оплаты труда по конечному результату» на показатели работы и качества медицинской помощи муниципальном ЛПУ /Менеджер здравоохранения. -2009. - № 5. - С. 13-21.

27 Зинчук Ю.Ю. Механизмы хозяйственного расчета и «условного фондодержания» - экономическая основа управления качеством медицинской помощи и эффективностью лечебного процесса. /Менеджер здравоохранения. - 2009. - №9. - С.16-24.

28 Зинчук Ю.Ю. Основные принципы мирового опыта организации и стимулирования труда / Зинчук Ю.Ю., Гуров А.Н., Катунцева Н.А./ Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». – Красногорск. - 2009. - С. 32- 35.

29 Зинчук Ю.Ю. Бюджетно-страховая модель здравоохранения: проблемы, путь решения / Зинчук Ю.Ю., Гуров А.Н., Катунцева Н.А./ Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». - Красногорск. - 2009. -С. 36-38.

30 Зинчук Ю.Ю. Роль бюджетного финансирования и средств ОМС в обеспечении муниципальных лечебно-профилактических учреждений Московской области /Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». – Красногорск. - 2009. - С. 38-40.

31 Зинчук Ю.Ю. Закон об автономных учреждениях и экономическая самостоятельность лечебно-профилактических учреждений /Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». - Красногорск. - 2009. - С. 40-43.

32 Зинчук Ю.Ю. Критерии и индикаторы эффективности и качества медицинской помощи в муниципальном лечебном учреждении /Сборник

научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». - Красногорск. - 2009. -С. 43-45.

33 Зинчук Ю.Ю. Влияние «муниципального монополизма» на систему здравоохранения /Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». - Красногорск. - 2009.- С. 45-47.

34 Зинчук Ю.Ю. Финансовый директор и главный врач – разделение функций, солидарная ответственность /Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». - Красногорск. - 2009. - С. 47-49.

35 Зинчук Ю.Ю. Финансирование муниципальных лечебных учреждений Московской области и результаты экспертизы качества медицинской помощи / Зинчук Ю.Ю., Катунцева Н.А., Гуров А.Н./ Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». - Красногорск. - 2009. - С. 50-52.

36 Зинчук Ю.Ю. Эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений - основа их самостоятельности / Зинчук Ю.Ю., Стародубов В.И./ Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». -Красногорск. - 2009. - С. 52-55.

37 Зинчук Ю.Ю. Заработная плата и качество медицинской помощи в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях Московской области / Зинчук Ю.Ю., Стародубов В.И./ Сборник научных трудов «Современные методы диагностики и лечения в практике военных госпиталей». Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А.Вишневого Министерства обороны Российской Федерации». – Красногорск. - 2009. - С. 55-58.

38 Зинчук Ю.Ю. А не «лукавый ли отзыв» на как будто «лукавые цифры»? /Менеджер здравоохранения. -2009. -№8. - С. 45-46.

39 Зинчук Ю.Ю. Критерии и индикаторы эффективности и качества медицинской помощи для пациента, учреждения и органа управления здравоохранением /Главврач. - 2011. -№ 2. - С. 29-34.

40 Зинчук Ю.Ю. Отраслевая система оплаты труда ориентированная на конечный результат и опыт её применения в ГУЗ «Костромская областная больница» /Газета «Средний КЛАСС», 18 мая 2011 года, № 18 (318), стр.3. (Акт комиссии о признании содержания статьи научной в деле прилагается).

41 Зинчук Ю.Ю. Формирование предпосылок возможных интерпретаций оценок деятельности специалистов по конечному результату /Межрегиональная научно-практическая конференция конференция с международным участием. Качество жизни медико-социальные аспекты. Научная программа. Пермь 8-9 июня 2011. (International Research & - Practical Conference. QUALITY-OF-LIFE:MEDICO & SOCIAL ASPECTS. SCIENTIFIC PROGRAM. June 8-9 2011, Perm). -Пермь. -2011. -С.147-150.

42 Зинчук Ю.Ю. Влияние распределительной системы бюджетного обеспечения на деятельность муниципальных учреждений и удовлетворенность населения / Зинчук Ю.Ю., Пташинский Р.И., Пацукова Д.В./ Межрегиональная научно-практическая конференция конференция с международным участием. Качество жизни медико-социальные аспекты. Научная программа. Пермь 8-9 июня 2011. (International Research & - Practical Conference. QUALITY-OF-LIFE:MEDICO & SOCIAL ASPECTS. SCIENTIFIC PROGRAM. June 8-9 2011, Perm). -Пермь. -2011. -С.150-153.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

АПУ	Амбулаторно-поликлиническое учреждение.
ГТС	Генеральное тарифное соглашение
ГУЗ	Государственное учреждение здравоохранения
ИНТ	Индекс интенсивности труда
КИЛИ	Комиссия по исследованию летальных исходов
КМП	Качество медицинской помощи
КОФОМС	Костромской областной фонд ОМС
КЭК	Контрольно-экспертная комиссия
ЛПП	Лечебно-профилактическая помощь
ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение
МОФОМС	Московский областной фонд ОМС
МП	Медицинская помощь
МУ	Медицинская услуга
МЭК	Медико-экономический контроль
МЭС	Медико-экономический стандарт
МЭЭ	Медико-экономическая экспертиза
МУЗ	Муниципальное учреждение здравоохранения
НИР	Научно-исследовательская работа
НХМ	Новый хозяйственный механизм
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ПГГ	Программа государственных гарантий
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ПУ	Платная услуга
СМО	Страховая медицинская организация
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
ФГУ	Федеральное государственное учреждение

Зинчук Юрий Юрьевич

**АВТОРЕФЕРАТ диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук
ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В ЦЕЛЯХ ОПЛАТЫ ТРУДА ПО
ДОСТИГНУТОМУ РЕЗУЛЬТАТУ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

М.:ООО «Фирма «Слово». -2012. -45с. Заказ ___/___-12. Сдано в печать __.__.12 г.

Подписано в печать __.__.2012. Формат 84x108 1/32. Тираж 120 экз.

Отпечатано в ФГУП «Производственно-издательский комбинат ВИНТИ» 140010,
г.Люберцы Московской обл., Октябрьский пр-т, 403.