

получаемых учредителем УП, являющимся юридическим лицом. В принципиальном плане любую передачу УП своему учредителю (юридическому лицу) активов, в том числе и денежных средств, сопровождаемых чистой прибылью, следует рассматривать как безвозмездную передачу в пределах одного собственника. Принятие предлагаемого подхода устранил имеющиеся противоречия в действующих законодательных актах, о которых говорилось выше.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

3. Гражданский Кодекс Республики Беларусь: Закон Респ. Беларусь от 7 дек. 1998 г. № 218-З: с изм. и доп.: текст по состоянию на 26 дек. 2007 г. // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь.— Мн., 2008.
4. Налоговый кодекс Республики Беларусь. Общая часть: принят Палатой представителей 15 нояб. 2002 г.: одобрен Советом Респ. 2 дек. 2002 г.: текст в ред. Закона Респ. Беларусь от 26 дек. 2007 г. № 303-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь.— Мн., 2008.
5. О налогах на доходы и прибыль: Закон Респ. Беларусь, 22 дек. 1991 г., № 1330-XII: в ред. Закона Респ. Беларусь от 26 дек. 2007 г. № 302-З // Консультант Плюс: Беларусь. Технология 3000 [Электронный ресурс] / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь.— Мн., 2008.
6. Об утверждении Типового плана счетов бухгалтерского учета и Инструкции по применению Типового плана счетов бухгалтерского учета: постановление Мин-ва финансов Респ. Беларусь, 30 мая 2003 г., № 89 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь.— 2003.— № 104.— С. 8–92.
7. Инструкция об отражении в бухгалтерском учете хозяйственных операций с основными средствами: утв. постановлением М-ва финансов Респ. Беларусь 20 дек. 2001 г. № 127: в ред. постановления М-ва финансов Респ. Беларусь 29 дек. 2007 г. № 208 // Налоги Беларуси.— 2008.— № 6.— С. 52–66.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Л.Ф. Еськова, канд. экон. наук, доцент БГЭУ

Эффективность использования бюджетных средств является одним из приоритетных направлений развития бюджетной системы в Республике Беларусь. Понятие экономической эффективности в бюджетных учреждениях традиционно связано с необходимостью достижения высоких результатов с привлечением наименьших средств. Однако в системе здравоохранения принято говорить о медицинской, социальной и реже об экономической эффективности предоставления услуг. Это связано с тем, что имеется ряд неразрешенных проблем концептуального и теоретического характера, касающихся экономической природы здравоохранения и медицинского обслуживания. Здоровье и услуги медицинского характера не рассматривались в нашей стране как экономические категории. Этому способствовали принцип бесплатной медицины и затратный механизм использования средств в здравоохранении. Традиционно считалось, что основной целью экономической науки было изучение рыночных механизмов, а медицина — это отрасль в которой рыночные отношения и цены не играют первостепенную роль. Однако процесс финансирования здравоохранения базируется на оценочных показателях затраченных ресурсов, в связи с чем, можно обоснованно отметить, что медицинские услуги должны быть подвергнуты экономическому анализу.

Происходящие существенные изменения в организационно-экономической структуре государственных медицинских учреждений требуют совершенствования действующих систем управления на всех ее уровнях и разработки правильной организационно-экономической стратегии управления здравоохранения в целом.

Для обеспечения устойчивости и эффективности национальной системы здравоохранения в Беларуси создается новая организационно-экономическая модель развития здравоохранения, предусматривающая финансирование организаций данной отрасли на основе нормативов бюджетной обеспеченности расходов в расчете на одного жителя. Следует признать, что размеры нормативов во многом определены сложившимся объемом финансовых ресурсов государства, которое продолжает оставаться основным источником финансирования расходов на здравоохранение. Сохранение бюджетного финансирования представляется безусловным и необходимым, но вместе с тем должно быть обеспечено эффективное и рациональное использование государственных средств.

Подавляющее большинство учреждений системы здравоохранения предоставляют гарантированный государством набор медицинских услуг. Элементы предпринимательства в отечественном здравоохранении носят характер государственного регулирования. Имея платные медицинские услуги, учреждения здравоохранения одновременно выполняют государственные программы общественного здравоохранения. Успешная реализации

обеих программ в медицинских организациях возможна при условии появления новых методик, ориентированных на ведение предпринимательской деятельности, и обеспечивающих оценку эффективности медицинской помощи и повышение ее качества.

Различают следующие виды эффективности здравоохранения:

- 1) медицинскую, которая оценивается качеством и степенью достижения положительного результата той или иной методики, технологии лечения, профилактики, диагностики или реабилитации;
- 2) экономическую — получение максимума возможных благ от имеющихся ограниченных ресурсов, то есть оптимизация затрат на медицинское обслуживание;
- 3) социальную, которая оценивает не только число сохраненных жизней, число увеличения лиц экономически активного возраста за счет снижения заболеваемости, но и доступность всех слоев населения к системе охраны здоровья [1].

В итоге деятельность медицинского учреждения будет тогда экономически эффективна, когда результаты принятой ею программы обеспечения необходимого объема и качества медицинской помощи будут соответствовать затраченным ресурсам. Таким образом, оценка объемов и качества оказания медицинской помощи рассматривается сегодня, как эффективность и экономность использования бюджетных средств

Труд медицинского персонала может быть охарактеризован такими критериями, как объем, интенсивность, сложность, качество, результативность и т.д. Если работа врача оценивается только по таким параметрам, как объем и сложность, то мотивация специалистов к высококачественному труду и личностному развитию будет занижена, поскольку не будет обеспечено соответствие размера вознаграждения результатам индивидуальной трудовой деятельности.

При оценке эффективности работы специалистов организаций здравоохранения расчеты целесообразно осуществлять отдельно по учреждениям стационарного типа и амбулаторно-поликлиническим.

Объем врачебной деятельности в больничных учреждениях оценивается по уровню оперативной активности в целом по отделению и по каждому специалисту. Эти показатели необходимы в целях расчета плановой нагрузки врачей хирургического профиля. Для этого рассчитывается средний процент оперативной активности по отделению, который исчисляется как частное от деления показателя количество пролеченных больных на количество больных, которым оказано оперативное лечение. Расчет осуществляется на основании фактических данных за прошлые и отчетные периоды. Периодичность его исчисления устанавливается произвольно по каждому отделению. В медицинских подразделениях, в которых показатели, участвующие в расчете уровня активности операционной нагрузки, сложно запланировать по календарным периодам (травматологическое отделение, отделение экстренной хирургии, кардиология и т. д.). Поэтому целесообразно расчет уровня оперативной активности по этим отделениям осуществлять поквартально. Остальные медицинские отделения его рассчитывают на более длительный период (год, два года). Рассчитывается этот показатель по формуле 1:

$$Y_{оп\ акт} = \frac{K_{об}}{K_{пб}} \cdot 100, \quad (1)$$

где $Y_{оп\ акт}$ — уровень активности операционной нагрузки в целом по отделению;

$K_{об}$ — количество прооперированных больных;

$K_{пб}$ — количество пролеченных больных.

Расчет плановой операционной нагрузки на одного врача в отделении осуществляется по формуле:

$$\Pi_n = \frac{K_{пб} \times Y_{оп\ акт}}{K_{вр}}, \quad (2)$$

где Π_n — плановая операционная нагрузка врача по отделению;

$K_{пб}$ — количество пролеченных больных;

$Y_{опд}$ — уровень активности операционной нагрузки в целом по отделению;

$K_{вр}$ — количество врачебных должностей в отделении.

При этом плановая операционная нагрузка специалистов должна быть рассчитана по каждому отделению на основании фактических показателей за прошедший период.

В случаях, когда лечение пациента в больнице не сопровождается оперативным вмешательством, интенсивность его лечения определяется по объемам лечебно-диагностических мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, ремиссия или больной переводится в другое отделение, например, из реанимационного в терапевтическое, т.е. достигается определенный медицинский результат. В этом случае для оценки результативности лечения рассчитывается интенсивность деятельности врача по формуле 3:

$$У_{и. вр.} = \frac{К о}{К_{к.д. пациента}}, \quad (3)$$

где $У_{и. вр.}$ — уровень интенсивности врачебной деятельности;

$К о$ — количество обследование пациента;

$К_{к.д. пациента}$ — количество койко-дней, проведенных пациентом в больнице.

В расчетах должны участвовать только те обследования (общий анализ крови, сахар в крови, определение белка, рентгенологическое обследование, консультации врачей другого профиля и др.), которые предусмотрены протоколами (стандартами) обследования и лечения больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях, разработанные Белорусским центром медицинской технологии, информатики, управления и экономики здравоохранения Министерства здравоохранения РБ.

Данный стандарт медицинской помощи предусматривает длительность лечения госпитализированного больного. В связи с чем, необходимо учитывать и этот показатель при оценке экономической результативности работы врача отделения, рассчитываемый по формуле 4.

$$У_{рез. вр.} = \frac{К_{дн. пр.}}{К_{дн.о.}}, \quad (4)$$

где $У_{рез. вр.}$ — уровень результативности врачебной деятельности;

$К_{дн. пр.}$ — количество дней лечения пациентов, соответствующих протоколам (стандартам) по отделению;

$К_{дн.о.}$ — общее количество дней, проведенных пациентами.

Показатель рассчитывается дифференцировано по каждому специалисту отделения. При этом уровень результативности врачебной деятельности должен быть максимально приближен к единице. Значение показателя менее единицы свидетельствует о снижении качества и эффективности оказываемой медицинской помощи. По результатам проведенных расчетов персонанализируемой нагрузки можно сделать выводы о работе конкретного врача отделения.

Аналогично рассчитывается показатель результативности врачебной деятельности по всему отделению. Для этого в числителе формулы приводятся данные о продолжительности лечения всех пациентов отделения, соответствующих протоколам (стандартам) медицинской помощи, в знаменателе — общее количество дней, проведенных пациентами в целом по отделению.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях эффективность фактора «труд» целесообразно проводить с целью освидетельствования фактической загруженности медицинского персонала поликлиники.

Выполнение трудовых нормативов нагрузки можно оценить сравнив средние затраты времени на прием пациента и их соответствие нормам. Средние затраты времени на медицинское обслуживание определяются по формуле 5:

$$\overline{З в} = \frac{\Phi_{Зв}}{Nп}, \quad (5)$$

где $\overline{З в}$ — средние затраты времени на прием пациента;

$\Phi_{Зв}$ — фактические затраты времени на прием пациента;

$Nп$ — число приемов.

Соответствие средних затрат времени расчетным нормам определяется как соотношение средних затрат времени на прием пациента к утвержденному нормативу длительности оказания медицинской услуги.

При определении уровня выполнения норм нагрузки по каждому специалисту поликлинического отделения целесообразно использовать несколько трудовых показателей, поскольку наличие вакансий врачебных должностей в подразделениях поликлиники существенно влияет на интенсивность трудового процесса медицинского персонала амбулаторно-поликлинического учреждения. В связи с чем, необходимо в расчетах принимать во внимание и фактор укомплектованности кадрами. Результативность деятельности медицинского персонала исчисляется по формуле:

$$У_n = \frac{\overline{Чф}}{Ч_n \times К_y}, \quad (6)$$

где $У_n$ — уровень выполнения норм нагрузки врача отделения;

$\overline{Чф}$ — среднее число фактически принятых пациентов;

$Ч_n$ — число пациентов по норме на ставку врача;

K_u — коэффициент укомплектованности штатов.

Создание системы оценки качества труда медицинского персонала обосновывает необходимость организации структур, которые будут осуществлять контроль за объемом и качеством оказываемой помощи, и получать информацию, необходимую для гарантированного обеспечения эффективности и качества оказания медицинской помощи. Для выполнения этой работы необходимо разработать пакет документов, регламентирующий его деятельность:

- 1) положение об отделе;
- 2) функциональные обязанности экспертов;
- 3) критерии поощрения и наказания исполнителей медицинских услуг;
- 4) технологию проведения экспертной оценки;
- 5) критерии оценки обеспечения качества работы медицинского персонала.

На всех уровнях контроля объема, качества предоставляемой медицинской помощи основным базовым показателем экспертизы ее качества будут являться, разработанные Белорусским центром медицинской технологии, информатики, управления и экономики здравоохранения Министерства здравоохранения РБ протоколы (стандарты) обследования и лечения больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. Они определяют объемы оказания гарантированной государством медицинской помощи населению в соответствии с его реальными финансовыми возможностями.

Проведение оценки (экспертизы) основных показателей качества и объема труда медицинского персонала заключается в сопоставлении выполняемой медицинской технологии лечения пациента (предоставление различных видов обследования, оказание лечебных процедур, соблюдение требований ведения медицинской документации, т.е. прослеживание и оценка набора лечебно-диагностического процесса) со стандартами обязательных методов лечения.

Степень выполнения обязательных методов лечения оценивается по установленным критериям поощрения за увеличение положительных показателей или предъявления претензий к процессу оказания медицинской помощи.

Работа отделов оценки качества медицинской помощи базируется на данных выборочной проверки историй болезни, затребованных на экспертизу. Чем больше процент охвата экспертной оценки пролеченных больных, тем выше уровень качества работы отдела.

Таким образом, создание эффективной модели предоставления медицинской помощи будет гарантировать определенный стандартами уровень оказания медицинских услуг, способствовать повышению их качества, стимулировать работу медицинского персонала, предоставлять информацию для управления соответствующими объектами и повышения эффективности их деятельности

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Редюков А.В. Экономическая эффективность здравоохранения // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 2. — С. 27–28.
2. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. — М.: Издатцентр, 2002. — 336 с.
3. Габуева Л.А. Экономика ЛПУ: экономическая эффективность и бизнес планирование. — М.: ГРАНТЬ, 2005. — С. 18–19.
4. Нормирование труда и конкурентоспособность // ЭГ. — 2007. — № 7. — С. 25–27

О НЕКОТОРЫХ ИНСТРУМЕНТАХ ИНВЕСТИРОВАНИЯ В ИННОВАЦИОННУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СУБЪЕКТОВ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА

Е. М. Жуковская, БГЭУ

Поиск инвестиционных ресурсов для инновационного развития является одной из наиболее актуальных проблем субъектов предпринимательства всех отраслей национальной экономики и всех форм собственности. Анализ состава, и структуры инвестиций в основной капитал за 2004–2007 года (рис. 1) показал, что в качестве источников финансирования инвестиционной деятельности в настоящее время чаще всего выступают собственные средства организаций (41,6%), бюджетные средства (26,0%) и кредиты банков (19,6%). В 2007г. наблюдался рост инвестиций за счет собственных средств субъектов предпринимательства, средств населения и кредитов банков (в том числе иностранных кредитов).