

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		1 стр. из 20

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Финансовый менеджмент в здравоохранении»

Код дисциплины: PMZ 4225

Название и шифр ОП: 6B10111 «Общественное здоровье»

Объем учебных часов/кредитов: 150 часов / 5 кредита

Курс и семестр изучения: 3 курс, 6 семестр

Объем лекции: 10 часов

Шымкент, 2025г.

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» Лекционный комплекс</p>	<p>58/ 12 2 стр. из 20</p>

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Финансовый менеджмент в здравоохранении» и обсужден на заседании кафедры

Протокол: № 16 от « 26 » 06 202 5 г.

Зав.кафедрой:
к.м.н.,асс.проф.



Сарсенбаева Г.Ж.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		3 стр. из 20

Лекция №1

1. Тема: Введение в законодательство и экономику здоровья.

2. Цель: Ознакомить основами экономики здравоохранения. Ознакомить с основами экономической системы здравоохранения.

3. Тезисы лекции: Экономика здравоохранения – отрасль науки, которая изучает место здравоохранения в народном хозяйстве, разрабатывает методы рационального использования ресурсов для обеспечения охраны здоровья населения.

Экономика как область научных знаний возникла в весьма отдаленные времена. Автор термина «экономика» Аристотель занимался изучением экономических процессов за 2300 лет до наших дней.

На всех этапах своего развития экономика с достаточным вниманием относилась к исследованиям хозяйственных процессов, связанных с медициной. Однако выделение экономики здравоохранения, как науки состоялось лишь во второй половине XX века (50-х годах). Это было обусловлено следующими обстоятельствами:

Цель экономики здравоохранения - достижение максимального эффекта в оказании медицинской помощи при заданных затратах. В задачи экономики здравоохранения входит: определение расходов на различные виды медицинской помощи, определение и нахождение материальных, трудовых и финансовых резервов при условии их рационального использования; определение путей повышения эффективности здравоохранения, экономическое обоснование планов здравоохранения.

В настоящее время делаются серьезные шаги в развитии экономики здравоохранения, как самостоятельной науки. Этому способствует появление и развитие рыночных отношений, процессов коммерциализации здравоохранения, проявляющихся, в частности, в росте объемов платных услуг населению. Кроме того, развивается система медицинского страхования. Это все обуславливает фактическое изменение экономического положения медицинского учреждения, приобретающего черты «услугопроизводящего» предприятия. Изменение статуса медицинского учреждения ведет к изменению характера всех экономических связей и отношений, которые устанавливаются в процессе практической деятельности медицинских учреждений, вынужденными все в большей степени действовать на коммерческой основе, с учетом принципов самоокупаемости.

Кроме того, условием и одновременно следствием развития рыночных отношений является появление многоукладности в здравоохранении, когда реальным стало функционирование медицинских учреждений с различной формой собственности.

Одним из последствий осуществления медицинской деятельности в разнообразных хозяйственных формах является изменение экономического положения работников здравоохранения и, прежде всего, практических врачей. От количества и качества их труда зависит экономический результат деятельности ЛПУ в целом, а также уровень их материального вознаграждения. Исследованием всех указанных процессов в современном здравоохранении и занимается экономика здравоохранения.

Прежде чем сформулировать предмет экономики здравоохранения необходимо отметить, что при анализе экономических проблем здравоохранения важно рассматривать его, с одной стороны, как область человеческой деятельности, а с другой - как отрасль хозяйства.

В здравоохранении, как и в любой другой области деятельности человека, могут быть выделены профессиональная и экономическая стороны. Профессиональная - составляет содержательный аспект медицинской деятельности. Экономическая же сторона предполагает хозяйственные формы, в рамках которых совершается данная профессиональная деятельность. Действительно, ни один вид профессиональной деятельности не осуществляется в отрыве от какой-либо конкретной экономической формы. Указанные стороны деятельности существуют в неразрывной связи при любых условиях, в любом обществе.

От решения экономических проблем здравоохранения зависит успех профессиональной деятельности медицинских работников, решение многих проблем, существующих в настоящее время в этой отрасли хозяйства.

Экономика здравоохранения исследует хозяйственные формы медицинской профессиональной деятельности, что в современных условиях имеет существенную научно-практическую значимость.

Следовательно, экономику здравоохранения можно определить, как комплекс экономических знаний о формах, методах, результатах хозяйственной деятельности области медицины.

Предметом экономики здравоохранения являются экономические отношения, объективно складывающиеся и возникающие между людьми в процессе оказания медицинских услуг, т.е. медицинской профессиональной деятельности.

Данные отношения делятся на две крупные группы. Первая группа носит название *организационно-экономических* отношений. Их характер определяется технологией самого лечебно-профилактического процесса и отражает те общие черты, которые имеет вся совокупность медицинских учреждений данного типа (все стационары, все поликлиники, все диагностические центры и т.д.). Примером организационно-экономических отношений может служить система финансирования ЛПУ (включающая принцип определения тарифов на медицинские услуги, порядок взаиморасчетов и т.д.).

Другая группа отношений носит название *социально-экономических* отношений. Их анализ дает возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности медицинских учреждений, которые

<p>ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» Лекционный комплекс</p>		<p>58/ 12 4 стр. из 20</p>

функционируют в различных условиях (государственные, частные, кооперативные, акционерные и др.). Например, размер и порядок начисления заработной платы существенно отличаются в этих учреждениях при равном объеме количества и качества оказываемых медицинских услуг.

Обе эти группы отношений тесно взаимосвязаны. Их изучение позволяет, например, выбрать оптимальную хозяйственно-правовую модель предпринимательской деятельности в здравоохранении на определенном этапе его развития.

Экономика здравоохранения, как отраслевая экономическая наука, изучает действие экономических законов в конкретных условиях производства, оказания и потребления медицинских услуг, а также условия и факторы, обеспечивающие наиболее полное удовлетворение потребностей общества в медицинском обслуживании и охране здоровья населения.

Специфика экономики здравоохранения заключается в том, что предметы ее изучения: медицинские услуги и процессы их оказания, имеют значительные отличия от товаров с точки зрения рыночной характеристики.

Основные вопросы, которыми занимается экономика здравоохранения:

- исследование роли здравоохранения в общей экономике (обосновывает медицинскую, социальную и экономическую эффективность здравоохранения);
- разработка методов рационального и эффективного использования материальных, финансовых и трудовых ресурсов здравоохранения;
- вопросы финансирования здравоохранения;
- разработка подходов и методов ценообразования на различные виды медицинских услуг и многое другое.

Часто эти задачи и функции экономики здравоохранения объединяют в одно понятие – финансовый менеджмент. Финансовый менеджмент в здравоохранении – это система принципов, методов и форм управления финансированием здравоохранения на макро- (органы управления) и микро-(учреждения здравоохранения) уровнях.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см.приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6. Контрольные вопросы:

1. Каковы цель, задачи экономики здравоохранения в современных условиях?
2. Что входит в предмет и задачи экономики здравоохранения?
3. Какие этапы развития экономики вы можете перечислить?
4. Каково место экономики здравоохранения в современной структуре экономической науки?
5. Что относится к национальному доходу?
6. Как вы понимаете занятость населения?

Лекция №2

1. Тема: Понятия экономики в здравоохранении. Макроэкономика и микроэкономика.

2. Цель: Ознакомить с особенностями макроэкономики и микроэкономики в здравоохранении.

3. Тезисы лекции: В Микроэкономике рассматривается поведение конкретных экономических единиц: отдельной отрасли, отдельной фирмы или домохозяйства, отдельного потребителя. Изучаются такие проблемы, как определение спроса, предложения и цены конкретного продукта, рациональное поведение потребителя, затраты и выручка отдельной фирмы, оптимальное распределение ресурсов в фирме, определение оптимальных цен и объемов выпуска на различных рынках.

В Макроэкономике рассматривается экономика в целом, изучаются все тенденции, происходящие в отдельной стране. Определяются условия равновесного состояния экономики, инструменты и методы государственного регулирования, факторы и источники экономического роста национальной экономики. В макроэкономике изучается национальная экономика, которая представляет собой систему взаимосвязей между хозяйствующими субъектами по поводу производства, распределения, обмена и использования национального продукта для увеличения благосостояния нации.

Основу макроэкономики составляет распределение общественных ресурсов в определенных пропорциях между сферами экономики, фазами воспроизводства, его подразделениями, отраслями и регионами в соответствии с общественно необходимыми потребностями. Это определение структуры характеризует закон связи всех ее элементов непосредственно при производстве и потреблении общественного продукта.

Макроэкономические цели: 1) Экономический рост - устойчивое, развитие экономики. 2) Стабильный уровень цен - цены под воздействием спроса и предложения могут изменяться. 3) Стабильный уровень занятости: все. 4) Экономическая свобода: свобода для развития предпринимательской деятельности, свобода перелива капиталов из одной отрасли в другую. 5) Экономическая эффективность, предполагающая увеличение валового выпуска продукции при наименьших затратах. 6) Справедливое распределение доходов и экономическая обеспеченность:

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		 <p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		5 стр. из 20

каждый должен иметь право на труд, на пенсионное обеспечение. 7) Равновесие в окружающей среде. 8) Равновесие внешнеторгового баланса – экспорт должен равняться импорту.

В экономике здравоохранения как в отрасли, так и в науке можно выделить два основных раздела (или уровня):

- 1) макроэкономика (макроэкономический уровень) - характеризует эффективность системы здравоохранения;
- 2) микроэкономика (микроэкономический уровень) - характеризует экономические аспекты деятельности лечебно-профилактических учреждений (экономичность здравоохранения).

Соответствие показателей общественного здоровья уровню социально-экономического развития страны является основным вопросом экономики здравоохранения.

В последние два десятилетия все более серьезной проблемой экономики здравоохранения для всех стран мира становится рост стоимости медицинского обслуживания. Повышению общих расходов на здравоохранение способствуют такие факторы, как старение населения, сопровождающееся повышением уровней хронической заболеваемости и инвалидности, появление новых видов лечения и технологий, новых дорогостоящих лекарственных средств.

Относительная стабилизация уровня расходов на здравоохранение в последние годы, рассчитанная в процентах от ВВП в странах Европы говорит о том, что абсолютные расходы продолжают расти вместе с ростом экономики и самого ВВП.

Инвестиции в здоровье должны занимать центральное место в развитии человека и общества, являются основой устойчивого социально-экономического развития и не должны рассматриваться как затраты или потери.

Этот факт помогает объяснить различия в состоянии здоровья населения в экономически развитых и наименее развитых странах. Например, исследования показали, что уровень смертности среди населения в наименее развитых странах выше, чем среди населения экономически развитых стран во всех возрастных группах, но различия наиболее выражены в период младенчества и детства. Соответствующие показатели сравнивали в 20% самых экономически развитых странах мира и 20% наименее развитых стран. В возрасте 0-4 лет смертность в «бедных» странах в 9 раз выше, чем в «богатых»; в возрасте 5-14 лет она выше в 10 раз; в возрасте 15-29 лет разрыв равен 3,9 раза; в старших возрастных группах он постепенно сокращается, достигая 1,4 раза в возрасте 70 лет и старше.

Сравнение показателей здоровья населения и экономических показателей различных стран показало, что самая высокая продолжительность жизни отмечается в странах с наиболее высоким доходом на душу населения.

Исследование роли здравоохранения в общей экономике заключается в обосновании социальной, медицинской и экономической эффективности здравоохранения.

Медицинская эффективность здравоохранения - это степень достижения медицинских результатов. Медицинская эффективность здравоохранения заключается в изменении уровня и характера заболеваемости и ее тенденций. В отношении работы одного врача или здоровья конкретного больного это выражается в выздоровлении или улучшении состояния здоровья, восстановлении утраченных функций отдельных органов и систем, продлении жизни.

Социальная эффективность здравоохранения – это степень достижения социального результата. Социальная эффективность здравоохранения заключается в оптимизации уровней рождаемости, снижении показателей смертности, увеличении продолжительности жизни, что в конечном итоге сказывается на количестве и качестве рабочей силы, качестве жизни населения. В отношении конкретного больного это выражается в возвращении его к труду и активной жизни в обществе, удовлетворенности медицинской помощью.

Экономическая эффективность здравоохранения представляет собой тот положительный вклад (прямой или косвенный), который вносит здравоохранение в рост национального дохода путем улучшения здоровья населения и увеличении продолжительности жизни.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6. Контрольные вопросы:

1. Что такое макроэкономика и чем она отличается от микроэкономики?
2. В чем состоит отличие микроэкономики от макроэкономики?
3. Что такое микроэкономика и что она изучает?
4. Что изучает наука макроэкономика?

Лекция №3

1 Тема: Структура экономического ущерба в связи с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью.

2 Цель: Ознакомить понятием экономический ущерб. Ознакомление с экономическим ущербом в связи с заболеваемостью инвалидностью и смертностью.

3 Тезисы лекции: Общие экономические потери, которые несет общество в связи с заболеваемостью и смертностью населения – *экономический ущерб* – делят на прямые и косвенные.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		6 стр. из 20

К прямым экономическим потерям относятся затраты на оказание медицинской помощи: амбулаторное, стационарное, санаторно-курортное лечение, санитарно-эпидемиологическое обслуживание, подготовка и оплата работы медицинского персонала. К прямым экономическим потерям также относится выплата пособий по социальному страхованию при временной утрате трудоспособности и пенсий по инвалидности.

К косвенным (косвенным) экономическим потерям относится экономический ущерб (потери) в связи со снижением производительности труда в результате заболеваемости, недопроизведенная продукция на промышленном предприятии и снижение национального дохода на уровне народного хозяйства в результате временной или стойкой потери трудоспособности или смерти человека в трудоспособном возрасте.

Причем, косвенные потери во много раз превышают прямой экономический ущерб вследствие заболеваемости. По данным американских авторов, на долю косвенных потерь приходится до 90% общего экономического ущерба из-за болезни.

Проведение различных медицинских оздоровительных мероприятий, направленных на снижение уровня заболеваемости, например, вакцинация населения против инфекционных заболеваний, профилактика травматизма, профилактические осмотры с целью раннего выявления заболеваний и т.д. уменьшают экономический ущерб в следствие заболеваний.

Таким образом, разница между экономическим ущербом вследствие заболеваемости до и после проведения активных медицинских оздоровительных мероприятий и определяет экономический эффект здравоохранения.

Основной задачей микроэкономики здравоохранения является нахождение путей наиболее рационального использования имеющихся у здравоохранения ресурсов (денежных, материальных, кадровых) на уровне лечебно-профилактических учреждений.

В условиях перехода народного хозяйства к рыночной экономике значительно возрастает роль управления деятельностью учреждений здравоохранения, прежде всего их важнейшим разделом – экономической деятельностью. Экономический анализ должен служить основой для выявления недостатков и резервов в деятельности учреждений, выбора более рациональных методов и путей повышения эффективности и качества их работы.

Экономический анализ отдельных сторон деятельности учреждений здравоохранения и последующего синтезирования (установление связей и взаимосвязей между ними) позволяет из разрозненных данных об отдельных экономических явлениях и фактах составить целостную картину процесса создания услуг, выявить присущие ему в конкретных условиях тенденции, разработать варианты управленческих решений и выбрать из них наиболее оптимальный.

Экономические явления и хозяйственные процессы в деятельности учреждений здравоохранения складываются под влиянием разнообразных объективных факторов. Постоянно воздействуя на результаты деятельности медицинских учреждений, они отражают существующие закономерности, связи и зависимости в сфере оказания медицинских услуг.

Деятельность учреждений непродуцированной сферы сложна и многогранна и представляет собой комплекс взаимосвязанных хозяйственных процессов, характеризующихся системой показателей, зависящих от многочисленных и разнообразных причин (факторов). К ним относятся объемы расходов, регулирование структуры этих расходов, контроль за их использованием, уровень инфляции, конкуренция и др. Если какой-либо фактор не берется во внимание в ходе экономического анализа, то учет степени влияния других факторов, а также выводы по результатам анализа будут неточными.

Объективные факторы, влияющие на результаты деятельности учреждений, отражают действие экономических законов развития общественного производства. Их анализ связан с необходимостью оценки степени соблюдения требований экономических законов в хозяйственной практике. В ходе анализа большое внимание уделяется и субъективным факторам, влияние которых связано с конкретной деятельностью работников учреждений и полностью зависит от них. Поэтому их изучение позволяет охарактеризовать уровень руководства коллективом медицинского учреждения, организации его работы, оплаты труда медицинского персонала, компетентность, активность и сознательность исполнителей, от которых зависят конечные результаты работы.

Необходимым составным элементом деятельности медицинских учреждений являются трудовые, материальные и финансовые ресурсы. Их наличие и рациональное использование - основная предпосылка увеличения объема и повышения качества услуг, которые могут быть предоставлены отдельным группам населения или обществу в целом. Ресурсы выступают в качестве резерва дальнейшего улучшения работы медицинского учреждения.

Материальные ресурсы ЛПУ можно представить как основные и оборотные средства. К основным средствам относятся: здания и сооружения, косяный фонд, производственная инфраструктура, лабораторное оборудование, транспорт. Основные средства переносят свою стоимость на стоимость медицинских услуг по частям (физический износ оборудования, который равен проценту амортизационных отчислений). Оборотные средства ЛПУ представляют собой предметы одноразового использования, лекарственные средства, мягкий инвентарь, а также денежные ресурсы. Оборотные средства перенося за год свою стоимость на стоимость производимых медицинских услуг целиком.

4 Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» Лекционный комплекс		58/ 12 7 стр. из 20

Какой ущерб экономике могут нанести высокие показатели заболеваемости, инвалидности и смертности.

Лекция №4

1 Тема: Основы финансирования здравоохранения. Системы и формы здравоохранения в странах мира.

2 Цель: Ознакомить особенностями финансирования здравоохранения в современных и рыночных условиях РК и различных странах. Ознакомление с понятием таксономия и системой государственного финансирования здравоохранения.

3 Тезисы лекции: Все существующие системы здравоохранения сводятся к трем основным моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров даются специалистами в основном одинаково:

платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;

государственная медицина с бюджетной системой финансирования;

система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко первая модель представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения – частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания. Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Вторая модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется, в первую очередь, наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от заработной платы, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины. Наиболее ярко третья модель представлена здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии. К социально-страховой модели включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

4 Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы:

1. За счет чего происходит финансовое обеспечение негосударственных организаций здравоохранения?
2. Какова модель финансового обеспечения здравоохранения?
3. Какие источники финансирования, не противоречащих законодательству РК вы знаете?

Лекция №5

1 Тема: Медицинское страхование, основные понятия, принципы, виды медицинского страхования. Медицинское страхование в РК.

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» Лекционный комплекс</p>		<p>58/ 12 8 стр. из 20</p>

2 Цель: Ознакомить понятием медицинское страхование. Ознакомление с основными понятиями, принципами и видами медицинского страхования.

3 Тезисы лекции: *Страховая медицина* - это система здравоохранения, финансирование которой осуществляется государством, предприятиями, гражданами. В условиях рыночной экономики страховая медицина является мобильной системой товарно-рыночных отношений, где в качестве товара выступает конкретная медицинская услуга, а «покупателем» является государство, предприятие, гражданин. Страховая медицина основана на методе страхования, когда обеспечение какого-либо риска осуществляется путем переложения его материальной тяжести на большое количество участников.

Обеспечение страховой медицины осуществляется путем *медицинского страхования*: заключение договоров, сбор денег, оплата услуг, другие мероприятия для обеспечения деятельности системы страховой медицины.

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном.

Государства, в которых финансирование здравоохранения осуществляется главным образом за счет поступления средств в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), относятся к странам со *страховой системой здравоохранения*.

Государства, где фонды здравоохранения формируются в основном за счет личных взносов граждан или третьих лиц, т.е. за счет средств добровольного медицинского страхования (ДМС), относятся к странам с *частной системой здравоохранения*.

Системы страхования могут функционировать на региональном или государственном уровне либо обслуживать отдельные профессиональные группы. Некоторые системы страхования предлагают различные пакеты услуг за разные размеры взносов, причем часто объем и состав услуг может существенно колебаться применительно к отдельным группам застрахованных.

Социальное (обязательное) медицинское страхование.

История социального медицинского страхования восходит к 1880-м годам, когда первая система была введена в Германии канцлером Бисмарком. Из числа различных видов страховых схем, эта более всего напоминает систему финансирования, основанную на налогообложении. Но, в отличие от системы здравоохранения, финансируемой за счет налогов, охваченные ею лица имеют право на определенный пакет услуг в обмен на уплаченные ими взносы. Взносы имеют обязательный характер и соотносятся с доходами страхуемых. Получение услуг зависит от потребности. Доходами системы социального медицинского страхования управляют самостоятельные учреждения, независимо и отдельно от общих поступлений в государственную казну. Во главе таких учреждений обычно стоят трехсторонние или двусторонние органы управления, включающие представителей тех, кто финансирует медицинское страхование (т.е. трудящихся, работодателей и - если участвует государство - правительство).

Как отмечено выше, социальное медицинское страхование (или общенациональные медицинские услуги) предусмотрено в большинстве промышленно развитых стран. На первых этапах его внедрения оно обычно распространяется на трудящихся формального сектора. Темп распространения охвата на более низкооплачиваемых трудящихся, фермеров и самозанятых лиц прямо соотносится с темпом экономического развития. По мере охвата групп с более низкими доходами правительства обычно вынуждены субсидировать систему.

Многие развивающиеся страны рассматривают механизмы социального медицинского страхования в качестве средства увеличить общую ресурсную базу здравоохранения, требуя от сравнительно обеспеченных лиц (т.е. трудящихся формального сектора) оплаты своего медицинского обслуживания, увеличивая тем самым ресурсы, предназначенные для оказания услуг тем, кто не в состоянии делать это. Схемами социального медицинского страхования охвачена значительная доля населения по меньшей мере в 13 африканских странах. Так, системой больничного страхования в Кении охвачены примерно 25% населения. Системы социального страхования имеются в большинстве стран Латинской Америки, где они получили развитие с 30-х годов XX века. Крупные азиатские страны (например, Индия, Индонезия, Филиппины) располагают социальным медицинским страхованием, которое распространяется на миллионы трудящихся и их семьи. В Республике Корея введена система социального медицинского страхования, начало которой положила относительно небольшая система в 1977 г.; За 12 лет, к 1989 г., система практически охватила все население. Таиланд был одной из последних стран, где сложилась система социального медицинского страхования. Характерная черта этой системы - ее исключительный успех в области контроля над издержками благодаря подушному методу оплаты услуг больницы, выбранной застрахованным лицом для удовлетворения его медицинских нужд.

Системы социального медицинского страхования в развивающихся странах часто сталкиваются с трудностями при выработке политики сбора налогов и оказания услуг трудящимся с меняющимися, периодическими и сезонными доходами. Таких трудящихся часто относят к неформальному сектору и исключают из охвата системой. Во многих европейских странах проблему самозанятых и трудящихся с нерегулярными доходами решили путем предоставления возможности добровольного участия. Главная трудность при этом заключается в установлении справедливой ставки взносов, которая не лишала бы стимула к участию в системе и в то же время не налагала чрезмерного бремени на постоянных участников системы.

Частное (добровольное) медицинское страхование.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		9 стр. из 20

Доступ к медицинскому обслуживанию в системе частного медицинского страхования определяется свободным выбором и способностью платить. Лица, которые могут позволить себе платить взносы строго с учетом риска заболеть, заключают договор о страховании с частной страховой компанией.

Частное медицинское страхование основано на том, что в принципе за плату можно застраховаться на любой случай, однако право решения о том, от какого риска можно застраховать, кого страховать, а кому отказать в этом, принадлежит страховщику. Система не предусматривает перекрестного субсидирования между группами по размерам дохода. Частное страхование,

как правило, сопряжено с высокими расходами на заключение сделок, так как оценка риска требует подробной информации и анализа. Системы частного медицинского страхования служат в лучшем случае инструментом для групп населения, которые хотят получить услуги выше средних, и для тех, кто стремится дополнить пакет услуг, предоставляемых национальными системами здравоохранения или системами социального медицинского страхования, особым набором услуг.

4 Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы:

1. Как вы понимаете страхование?
2. Какие особенности медицинского страхования вы знаете?
3. Какие принципы медицинского страхования вы знаете?
4. Какие виды медицинского страхования вы знаете?

Лекция №6

1 Тема: Планирование в здравоохранении. Планирование амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

2 Цель: Дать понятие об особенностях планирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

3 Тезисы лекции: Прогнозирование по своей сути означает предвидение и основано на познании законов природы, общества, человеческого мышления. В зависимости от степени конкретизации и характера воздействия на ход исследуемых процессов (объектов) различают гипотезу и прогноз. Гипотеза – научное предположение, выдвигаемое для объяснения каких-либо явлений. Прогноз – комплекс аргументированных предположений (выраженных в качественной и количественной формах) относительно будущих параметров системы.

Планирование в здравоохранении – это процесс определения необходимых ресурсов и механизма эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, достижения конкретных показателей здоровья населения. Планирование в системе здравоохранения Российской Федерации должно строиться на единых принципах и методических подходах, имея главной целью реализацию конституционных прав граждан на охрану здоровья.

План здравоохранения является комплексным и выражается в соответствующих показателях, отражающих основные разделы:

развитие сети медицинских учреждений;
подготовка и повышение квалификации медицинских кадров;
план капитального строительства;
план по труду (для ЛПУ штатное расписание);
материально-техническое обеспечение;
финансовый план (бюджет здравоохранения).

Данные разделы являются обязательными при планировании на любом уровне: область, город, ЛПУ, что гарантирует сопоставимость показателей. Измерителем плана стационарной сети является койка и количество пролеченных больных; для поликлиники – посещение, и законченные амбулаторные случаи; для станции скорой медицинской помощи – количество вызовов в год.

Этапы разработки плана здравоохранения

1. Анализ уровня и структуры заболеваемости, демографических и других показателей здоровья.
2. Анализ состояния сети учреждений здравоохранения и ее деятельности, наличия, расстановки и использования медицинских и фармацевтических кадров.
3. Прогноз демографических процессов и потребностей населения в медицинской помощи.
4. Разработка нормативов, стандартов и модели конечных результатов.
5. Составление плана здравоохранения.
6. Контроль за выполнением плана.

Принципы планирования в здравоохранении

На современном этапе основными принципами планирования в здравоохранении являются: системный подход; сочетание отраслевого и территориального планирования;

<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>			<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12	
Лекционный комплекс		10 стр. из 20	

выделение приоритетных направлений;

директивность планов;

единство методических подходов к планированию на всех уровнях управления системой здравоохранения;

обеспечение сбалансированности в развитии всех секторов здравоохранения: государственного, муниципального, частного.

Виды планирования в здравоохранении.

Стратегическое планирование определяет цели, задачи, приоритеты, ресурсы, прогнозируемые результаты деятельности системы здравоохранения в целом и отдельных медицинских организаций на перспективу 10 и более лет.

Перспективное планирование предусматривает разработку планов и программ развития здравоохранения субъектов РК и муниципальных образований в рамках утвержденных стратегических планов, как правило, на 3-5 лет.

Текущее планирование предусматривает разработку ежегодных планов и программ деятельности системы здравоохранения субъектов РК.

Методика планирования стационарной помощи населению

Методика основана на определении потребности населения в койках. Для того, чтобы правильно рассчитать потребность населения в стационарной помощи, необходимо располагать нижеследующей информацией.

1. Уровень обращаемости населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические организации в связи с заболеваниями на 1 000 населения. Обращаемость населения за медицинской помощью отражает уровень заболеваемости.

2. Уровень госпитализации. Располагая данными об обращаемости можно определить нуждаемость пациентов в госпитализации, которая по данным ряда исследований колеблется в пределах от 20 до 25% к числу амбулаторно-поликлинических обращений.

3. Среднегодовую занятость койки. По установленным нормам больничная койка в году должна ориентировочно функционировать: в городе – 340 дней и в сельской местности – 310 дней.

4. Среднее число дней пребывания больного на койке. При хорошо развитой больничной сети и наличии достаточного числа коек по всем специальностям продолжительность пребывания пациента на койке равна в среднем примерно 18 дней. Однако, фактически, эта продолжительность имеет значительные колебания. На ее сокращение оказывает влияние: своевременность госпитализации и диагностических исследований; применение для пациентов эффективных методов лечения; улучшение организации ухода за пациентами; организация лечебного питания и другие мероприятия.

Располагая приведенными исходными данными, можно определить потребность в стационарной больничной помощи.

Расчет потребности в койках

$$K = \frac{A \times \Gamma \times \Pi}{D \times 100}$$

K – потребное число среднегодовых коек (искомая величина) на 1 000 населения;

A – уровень обращаемости (заболеваемости) на 1 000 населения;

Г – процент госпитализации;

П – среднее число дней пребывания пациента на койке (18);

D – плановое число дней использования койки в году (340).

$$K = \frac{10000 \times 19 \times 18}{340 \times 100} = 100 \text{ коек}$$

Заметим, что «число коек» является показателем мощности стационара.

Функция больничной койки (оборот койки).

$$\Phi = \frac{D}{\Pi}$$

Ф – оборот койки;

D – число дней работы койки в году;

П – средняя длительность пребывания пациента на койке.

D = 342 дней. **П** = 18 дней.

$$\Phi = \frac{342}{18} = 19 \text{ пациентов}$$

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		11 стр. из 20

Расчет потребности во врачебных кадрах.

$$\text{Число врачей для стационара} = \frac{\text{число коек в стационаре}}{\text{нормативно е число коек на одного врача}}$$

Методика планирования амбулаторно-поликлинической сети

Правильное планирование амбулаторно-поликлинической сети имеет большое значение в связи с тем, что эти организации обеспечивают медицинским обслуживанием большую часть населения, нуждающегося в лечении (примерно 80 %).

Для расчета необходимо знать нормативы потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи: для всего населения – число посещений на 1 жителя в год, а также городского населения; для сельского населения.

Для расчета по профилям необходимо знать примерные нормы обеспечения взрослого населения амбулаторно-поликлинической помощью врачей различных специальностей, принятые как ориентир.

Расчет потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи

Установить эту потребность можно посредством расчета планового числа посещений.

$$\text{Первый вариант: } P = A \times K_n + D + P_r$$

P – число врачебных посещений на 1 000 населения;

A – заболеваемость (обращаемость) на 1000 населения;

K_n – коэффициент повторности посещений с лечебной целью на 1 заболевание по данной специальности;

D – число диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;

P_r – число посещений по профилактическому обслуживанию.

$$\text{Второй вариант: } P = L \times H$$

L – число посещений на 1 жителя в год;

H – численность населения.

Зная плановое число посещений, которое сделает население, проживающее на данной территории, в амбулаторно-поликлинические организации, можно определить число поликлиник определенной категории. Для этого, планово-пропускную способность всех поликлиник следует разделить на число посещений в смену поликлиники данной категории. (К примеру, мощность поликлиники 1 категории составляет 1 200 посещений в смену). Заметим, что «число посещений в смену» является показателем мощности амбулаторно-поликлинических организаций.

Расчет функции врачебной должности, или годовой нагрузки врача

Функция врачебной должности определяется числом посещений, обслуживаемых одной «врачебной должностью» в течение года. Это число лечебно-диагностических посещений за определенный промежуток времени в поликлинике, на профосмотрах и на дому.

$$\Phi = B \times C \times G$$

Φ – функция одной врачебной должности данной специальности, для ее определения необходимы следующие исходные данные:

B – нагрузка врача данной специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому на разных видах работ;

C – число часов работы по приему, на профосмотрах и на дому;

G – число рабочих дней в году.

Методика расчета числа врачебных должностей для амбулаторно-поликлинического обслуживания.

Для определения потребности населения во врачебных должностях для амбулаторно-поликлинической помощи необходимо располагать следующей информацией:

- ориентировочное нормативное число поликлинических посещений на 1 жителя в год (L);
- численность населения планируемой территории (H);
- функцию «врачебной должности» (Φ) – число посещений, обслуживаемых одной врачебной должностью в течение года.

$$B = \frac{L \times H}{\Phi}$$

Вначале определяется нуждаемость населения в поликлинической помощи в городе ($L \times H$).

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		12 стр. из 20

$$B = \frac{\text{Норма посещений на 1 жителя (Л)} \times \text{Численность населения (Н)}}{\text{функция "врачебной должности"}}$$

Допустим, что в районе города с числом жителей 100 000 необходимо определить потребное число должностей врачей для терапевтического обслуживания населения.

$$\Phi = 5 \text{ пос.} \times 3 \text{ час.} = 15 \text{ посещ.} \times 277 \text{ дн.} = 4155$$

$$2 \text{ пос.} \times 3 \text{ час.} = 6 \text{ посещ.} \times 277 \text{ дн.} = 1662$$

Итого: 5817

4 Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы:

1. Планирование, его виды и методы.
2. Разделы плана по здравоохранению.
3. Методика планирования стационарной помощи населению.
4. Методика планирования амбулаторно-поликлинической сети.
5. Тенденции изменения характера планирования здравоохранения.

Лекция №7

1. Тема: Источники финансирования в условиях ОСМС. Системы и формы здравоохранения в странах мира.

2. Цель: Предоставление информации о финансировании ОСМС.

3. Тезисы лекции: **Статья 14. Плательщики**

Плательщиками взносов являются:

- 1) государство;
- 2) работники, в том числе государственные и гражданские служащие, за исключением военнослужащих, сотрудников правоохранительных, специальных государственных органов;
- 3) индивидуальные предприниматели;
- 4) лица, занимающиеся частной практикой;
- 5) работодатели.

Статья 26. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование

1. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование уплачиваются ежемесячно в течение первых пяти рабочих дней текущего месяца в порядке, определяемом бюджетным законодательством Республики Казахстан, за следующих лиц:

- 1) дети;
- 2) лица, зарегистрированные в качестве безработных;
- 3) неработающие беременные женщины;
- 4) неработающее лицо (один из законных представителей ребенка), воспитывающее ребенка (детей) до достижения им (ими) возраста трех лет, за исключением лиц, предусмотренных подпунктом 5) настоящего пункта;
- 5) лица, находящиеся в отпусках в связи с беременностью и родами, усыновлением (удочерением) новорожденного ребенка (детей), по уходу за ребенком (детьми) до достижения им (ими) возраста трех лет;
- 6) неработающие лица, осуществляющие уход за ребенком-инвалидом;
- 7) получатели пенсионных выплат, в том числе ветераны Великой Отечественной войны;
- 8) лица, отбывающие наказание по приговору суда в учреждениях уголовно-исполнительной (пенитенциарной) системы (за исключением учреждений минимальной безопасности);
- 9) лица, содержащиеся в следственных изоляторах;
- 10) неработающие оралманы;
- 11) многодетные матери, награжденные подвесками «Алтын алқа», «Күміс алқа» или получившие ранее звание «Мать-героиня», а также награжденные орденами «Материнская слава» I и II степени;
- 12) инвалиды;

<p>ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» Лекционный комплекс</p>		<p>58/ 12 13 стр. из 20</p>

13) лица, обучающиеся по очной форме обучения в организациях среднего, технического и профессионального, послесреднего, высшего образования, а также послевузовского образования;

14) неработающие получатели государственной адресной социальной помощи.

Под неработающими лицами понимаются лица, не осуществляющие предпринимательскую или трудовую деятельность и не имеющие дохода.

2. Взносы государства на обязательное социальное медицинское страхование, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размерах:

с 1 января 2020 года - 1,4 процента от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2021 года - 1,6 процента от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2022 года - 1,7 процента от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2023 года - 1,8 процента от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2024 года - 1,9 процента от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2025 года - 2 процента от объекта исчисления взносов государства;

с 1 января 2026 года - не менее 2, но не более 3 процентов от объекта исчисления взносов государства. При этом размер взносов государства ежегодно устанавливается на соответствующий финансовый год законом о республиканском бюджете.

3. Объектом исчисления взносов государства является среднемесячная заработная плата, предшествующая двум годам текущего финансового года, определяемая уполномоченным органом в области государственной статистики.

Статья 27. Отчисления на обязательное социальное медицинское страхование

1. Отчисления работодателей, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:

с 1 июля 2017 года - 1 процента от объекта исчисления отчислений;

с 1 января 2018 года - 1,5 процентов от объекта исчисления отчислений;

с 1 января 2020 года - 2 процентов от объекта исчисления отчислений;

с 1 января 2022 года - 3 процентов от объекта исчисления отчислений.

2. Объектом исчисления отчислений являются расходы работодателя, выплачиваемые работнику, в том числе государственному и гражданскому служащему, в виде доходов.

3. От уплаты отчислений освобождаются работодатели за:

1) лиц, указанных в подпунктах 1), 5), 7), 11), 12) и 13) пункта 1 статьи 26 настоящего Закона;

2) военнослужащих;

3) сотрудников специальных государственных органов;

4) сотрудников правоохранительных органов.

Статья 28. Взносы на обязательное социальное медицинское страхование

1. Взносы работников, в том числе государственных и гражданских служащих, а также физических лиц, получающих доходы по договорам гражданско-правового характера, подлежащие уплате в фонд, устанавливаются в размере:

с 1 января 2020 года - 1 процента от объекта исчисления взносов;

с 1 января 2021 года - 2 процентов от объекта исчисления взносов.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Литература: см. приложение-1

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6. Контрольные вопросы:

1. Кто переводит деньги в фонд в случае ОСМС?

2. Кто освобожден от взносов?

3. Кто управляет фондом? Какие специалисты работают?

4. Кто инвестирует активы Фонда?

Лекция №8

1. Тема: Бюджетное финансирование в здравоохранении.

2. Цель: Ознакомить основами бюджетного финансирования здравоохранения.

3. Тезисы лекции: Ни одна отрасль современной рыночной экономики, в том числе и здравоохранение, не может эффективно существовать и развиваться без отлаженной финансовой системы и источников финансирования.

Последние 16 лет в Казахстане предпринимались попытки реформирования отечественной системы здравоохранения, где главным объектом нововведений является система финансирования медицинского обслуживания. Вопросы финансирования здравоохранения по сути относятся к тому, как распределяются ресурсы между конкурирующими целями в экономике и между конкурирующими целями в секторе здравоохранения. Реформы финансирования здравоохранения направлены на создание институциональных условий и экономических стимулов в распределении ресурсов на достижение высокоприоритетных целей.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		14 стр. из 20

Любая финансовая система должна отвечать на три вопроса: как формируются финансовые ресурсы, как распределяются и насколько эффективно используются. По результатам изученного зарубежного опыта финансовые ресурсы системы здравоохранения зависят от уровня дохода населения, политических приоритетов и формируются за счет общественных или частных финансовых источников. Поэтому лица, разрабатывающие политику, стоят перед постоянной проблемой получения достаточных поступлений для сектора здравоохранения равноправным и эффективным способом.

Основными элементами в механизме распределения бюджетных ресурсов выступают органы управления, регулирующие нормативно-правовые акты и система тарифообразования. В качестве дополнительного источника финансирования, занимающего определенный удельный вес, следует признать оказание медицинских услуг на платной основе.

При существующей системе бюджетного финансирования в Республике Казахстан, в условиях проявления кризисных явлений экономики необходимо использование анализа, предусматривающего сопоставление финансовых затрат на охрану и укрепление здоровья населения и мониторинга результатов. Однако необходимо помнить, что каждый из уровней системы здравоохранения выполняет свои функциональные задачи, и в рамках этих задач формирует собственные цели и механизмы решения этой задачи. Тем самым, хотелось бы отметить, что на настоящий период в системе здравоохранения надо разрабатывать такие финансовые решения, которые способны подтолкнуть к достижению эффективных результатов как медицинских организаций и государственный аппарат, и самих потребителей медицинских услуг.

Бюджетное финансирование здравоохранения призвано возместить затраты учреждений, связанные с предоставлением бесплатных медицинских услуг населению в соответствии с действующим социальным стандартом. В свою очередь, при планировании бюджетных расходов здравоохранения необходимо иметь четкое представление об объемах распределения средств на первичную медико-санитарную помощь и стационар с учетом определенных тарифов.

Источниками финансирования государственного здравоохранения являются:

- средства республиканского и местного бюджетов, выделяемые по долговременным экономическим нормативам;
- отчисления от дохода хозяйствующих субъектов, целевые субсидии министерств, ведомств и других органов управления;
- средства международных организаций по специальным программам;
- валютные ассигнования из республиканского и местных валютных фондов;
- средства медицинских учреждений, полученные за выполнение сверхнормативных медицинских услуг работодателем и за оказание платных услуг и других видов хозяйственной деятельности;
- благотворительные вклады организаций и граждан, в том числе других государств.

Средства государственного здравоохранения направляются на:

- оказание медицинской помощи гражданам;
- целевые комплексные программы здравоохранения;
- развитие материально-технической базы государственного здравоохранения;
- содержание лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений;
- подготовку и повышение квалификации медицинских кадров;
- развитие и внедрение медицинской науки;
- ликвидацию эпидемий инфекционных заболеваний.

Бюджетное финансирование здравоохранения призвано возместить затраты учреждений этой отрасли, связанные с предоставлением бесплатных медицинских услуг населению в соответствии с действующим социальным стандартом. Как известно, при планировании бюджетных расходов здравоохранения необходимо иметь четкое представление об объемах распределения средств на первичную медико-санитарную помощь и стационар с учетом определенных тарифов. Таким образом, в республике действует разработанная методика формирования тарифов на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от 29 сентября 2005 года № 490.

4 Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6 Контрольные вопросы:

1. Определение финансовой системы здравоохранения.
2. Что должна обеспечивать система финансирования здравоохранения?
3. Основные источники финансирования здравоохранения.
4. Что является основой формирования бюджета здравоохранения в РК?

Лекция №9

1. Тема: Рынок здравоохранения.

2. Цель: Ознакомить особенностями рынка здравоохранения.

<p>QONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» Лекционный комплекс</p>		<p>58/ 12 15 стр. из 20</p>

3. Тезисы лекции: *Рынок как экономическая категория* характеризует совокупность экономических отношений, возникающих по поводу продажи и купли товара (или услуги). Рынок также можно определить как пространственный локус соединения спроса и предложения товара (или услуги).

Рынок здравоохранения – это развитая система отношений товарного и нетоварного обмена, которая представляет собой объединение отдельных, взаимосвязанных субрынков, включающих:

- рынок медицинских услуг;
- рынок лекарственных препаратов, материалов и гигиенических средств;
- рынок медицинского оборудования и инструментария;
- рынок труда медицинских работников;
- рынок научно-технических разработок и интеллектуального труда;
- рынок ценных бумаг в сфере здравоохранения.

Приоритетное место в структуре рынка здравоохранения принадлежит *рынку медицинских услуг*, который может быть определен, с одной стороны, как совокупность всех медицинских технологий, изделий медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, реализуемых в условиях конкурентной экономики, а с другой – как совокупность существующих и потенциальных производителей (ЛПУ) и потребителей медицинских услуг (пациентов).

Изначально возникнув как поручение пациента врачу, медицинская помощь с течением времени обрела правовое положение услуги. Следовательно, медицинские услуги, предоставляемые пациентам в различных учреждениях, также стали неотъемлемой частью рыночных отношений, что и привело к возникновению и развитию рынка медицинских услуг.

Существует ряд классификаций медицинских услуг. Все услуги, предоставляемые в системе здравоохранения, можно сгруппировать:

- по характеру: лечебные; диагностические; профилактические; социальные; реабилитационные; медико-экспертные; парамедицинские; образовательные; аккредитации и лицензированию; сервисные;
- по сегментам структуры здравоохранения: амбулаторные, стационарные, санитарно-гигиенические, эпидемиологические и т.п.;
- по уровням медицинской помощи: доврачебные, врачебные, квалифицированные, специализированные;
- по интенсивности во времени: скорые, неотложные, плановые.

Некоторые авторы предлагают классифицировать медицинские услуги также по квалификации источника медицинских услуг (низкая, средняя, высокая); по технологии и инвазивности (рутинные, высокотехнологические, инвазивные и неинвазивные); по соблюдению стандарта; по времени достижения конечного результата; по соответствию правовым нормам.

Систематизированные *свойства медицинских услуг* можно представить как:

- общие свойства: неосвязаемость (нематериальность характера) до ее получения; неразрывность производства и потребления услуги; неоднородность или изменчивость качества, неспособность услуги к сохранению впрок;
- экономические составляющие: себестоимость, рентабельность, эффективность, цена услуги, методика ценообразования;
- медико-социальные свойства: своевременность, доступность, качество.

Остановимся на нескольких общих и основных характеристиках медицинских услуг, имеющих значение для рынка здравоохранения.

Неосвязаемость – невозможность увидеть, попробовать на вкус, услышать или понюхать услугу до момента ее приобретения. Например, женщина, пришедшая к пластическому хирургу, не увидит результат, пока не купит его услугу, т.е. согласится на операцию. Пациент, пришедший к врачу, не может заранее знать результат своего посещения. Покупатель (пациент) вынужден верить продавцу (врачу) на слово. Это ключевой момент экономики здравоохранения и анализа производства и потребления медицинских услуг. Для расширения возможностей изучения свойств медицинских услуг до их получения предлагаются следующие меры:

- повысить осязаемость услуги (предоставить фотографии или рисунки каких-либо аналогов до оказания услуги);
- акцентировать внимание пациента на выгодах, которые несет в себе медицинская услуга;
- присвоить марочное название медицинской услуге для продажи на рынке;
- привлечь к пропаганде своей услуги какое-либо компетентное лицо.

Неотделимость от источника. Услуга будет уже не той, если вместо ожидаемого врача-специалиста, известного пациентам, сеанс лечения проведет другой врач. Врач и его услуга неразделимы. Преодолеть это ограничение можно следующим способом:

- поставщик услуг (врач) может научиться работать с многочисленными аудиториями (например, психотерапевт формирует группу);
- поставщик услуг (врач) может научиться работать быстрее (повысить интенсивность обслуживания);
- подготовить множество поставщиков услуг - врачей в ЛПУ.

Непостоянство качества. Качество услуг колеблется в широких пределах в зависимости от различных характеристик поставщиков (врачей), а также от времени и места оказания. Например, опытный хирург оперирует гораздо лучше, чем только что окончивший вуз. Однако один и тот же врач лечит по-разному в зависимости от своего физического

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		16 стр. из 20

состояния, обеспеченности медикаментами и оборудованием. Для уменьшения «изменчивости» услуг и обеспечения контроля качества можно:

- разработать стандарты качества медицинского обслуживания;
- выделить средства на привлечение и обучение по-настоящему хороших специалистов (медицинский тренинг);
- постоянно следить за степенью удовлетворенности пациентов с помощью опросов, анкетирования с последующим формированием системы маркетинговой информации о качестве медицинской помощи.

Неразрывность производства и потребления услуги. Услугу невозможно произвести впрок и сохранить. В связи с этим многие врачи в странах Западной Европы берут плату и за не явившихся на прием пациентов, так как стоимостная значимость услуги существует и в момент неявки пациента. Неспособность медицинской услуги к хранению требует разработки стратегии, обеспечивающей более жесткое согласование между спросом пациентов и предложением ЛПУ, например:

- установление скидок и других стимулов, в частности для смещения части спроса с пикового периода на период снижения спроса;
- введение системы предварительных заказов на медицинские услуги (записей к врачу);
- для обслуживания дополнительного потока пациентов в пиковый период обучать персонал совмещению функций, нанимать временных сотрудников.

По мнению Г.К. Максимова и соавт. (1996), производство и потребление медицинской услуги является целостным процессом. Понятие жизненного цикла медицинской услуги включает следующие стадии ее осуществления:

- обследование и диагностирование состояния пациента;
- проектирование оказания медицинской услуги: уяснение задачи (конечного результата), принятие решения на выполнение услуги, планирование (выбор) технологии оказания услуги;
- оказание медицинской услуги;
- потребление (пользование) медицинской услугой;
- самоликвидация услуги или возобновление повторной потребности в ней.

Рыночные отношения выражают определенную экономическую обособленность производителей и потребителей продуктов и услуг. Рыночный механизм является процессом, посредством которого продавцы и покупатели взаимодействуют, чтобы определить цену и количество производимых благ, тем самым спрос, предложение и цена являются главными его элементами.

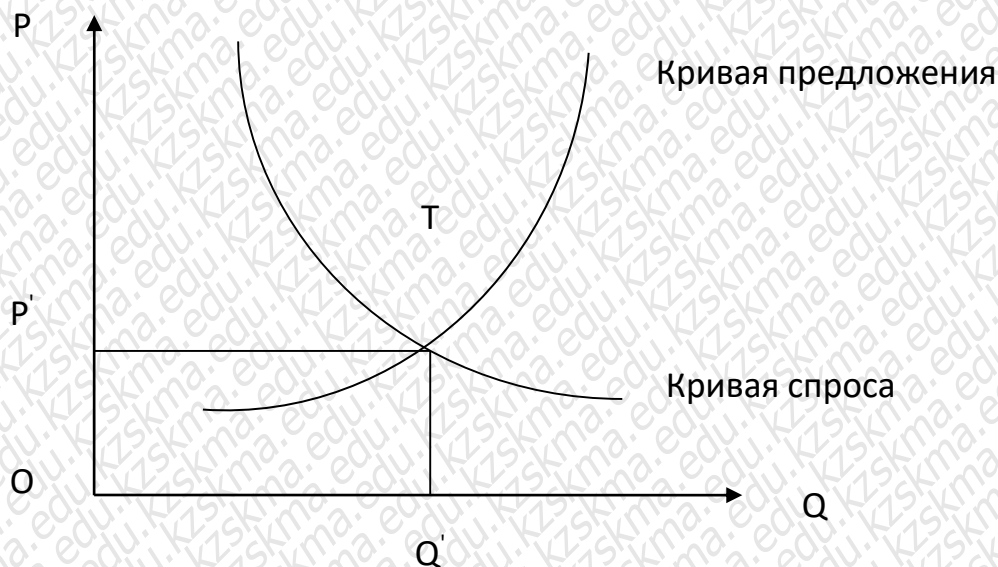
Механизм рынка медицинских услуг также функционирует благодаря взаимодействию трех основных составляющих: спросу, предложению и цене.

Спрос – это количество медицинских услуг, которые желают и могут приобрести пациенты за некоторый период и по определенной цене.

Предложение – это количество медицинских услуг, которые могут быть оказаны в определенный период времени на данной территории данным лечебно-профилактическим учреждением (врачом).

Цена – денежное выражение стоимости товара (или услуги).

При взаимодействии спроса и предложения при прочих равных условиях формируется *равновесная рыночная цена*, точка пересечения кривой спроса и предложения, именно равновесная цена обоюдно устраивает и продавца и покупателя (рис.1).



<p>ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		17 стр. из 20

T – точка равновесия, P – равновесная цена, Q – равновесное количество медицинских услуг по цене P , которое будет приобретено пациентами в данный момент времени и будет предоставлено врачами в тот же период

Рис.1. Графическое изображение взаимодействия спроса и предложения

Ключевым понятием, выражающим сущность рыночных отношений, является понятие конкуренции. В общем случае конкуренцию можно определить как тип взаимоотношений между производителями по поводу установления цен и объемов предложения товаров и услуг, а также между потребителями по поводу формирования цен и объема спроса на рынке. С позиции структурной организации рынка определяющее значение имеет число производителей (врачей, ЛПУ) и количество потребителей (пациентов), участвующих в процессе обмена.

В зависимости от соотношения между количеством производителей и количеством потребителей различают следующие виды конкурентных структур рынка: рынок совершенной конкуренции, олигополия, монополия, монополия, монополистическая конкуренция. Каждая из структур имеет свои особенности формирования цены, спроса и предложения, к тому же на рынке здравоохранения, как указано, присоединяются особые свойства медицинской услуги.

Так, рынок совершенной конкуренции предполагает наличие большого числа самостоятельных производителей некоторого однородного товара с одной стороны, и массы обособленных потребителей данного товара - с другой. Структура связи такова, что каждый потребитель в принципе может приобрести товар (или услуги) у любого производителя, сообразуясь с собственной оценкой полезности товара и его ценой. Каждый производитель может продать товар любому потребителю, сообразуясь с собственной выгодой. Ни один из потребителей не приобретает какую-либо существенную часть от общего объема предложения и ни один из производителей не может удовлетворить сколько-нибудь существенную долю от общего спроса. Рынок совершенной конкуренции - наиболее эффективная структура, позволяющая наилучшим образом распределить ресурсы.

Если же возникают какие-либо объективные ограничения для продавцов и покупателей, то тогда имеет место структуры несовершенной конкуренции, требующие корректировки со стороны государства.

Анализируя с этих позиций сферу здравоохранения во многих развитых странах, следует отметить наличие государственных ограничений, выступающих в самых различных формах.

Так, например, важную роль в искусственном сдерживании предложения медицинских услуг в США играет Американская Медицинская Ассоциация, объединяющая около половины всех частнопрактикующих врачей. Ею ограничиваются набор на медицинские факультеты, увеличивается плата за обучение, контролируется приток врачей-эмигрантов и их доступ к занятиям медицинской практикой. Необходимо отметить наличие дополнительных искусственных барьеров для производителей медицинских услуг при их выходе на рынок: частые аттестации, необходимость получения новой лицензии при переезде врача из штата в штат и т.п.

Отмеченные выше ограничения конкуренции и информации означают, что рынок медицинских услуг существенно отличается от рынка совершенной конкуренции. В условиях совершенной конкуренции, в случаях, если фирма открывает лучший способ производства какого-либо товара, она просто снижает цены и таким образом отбирает покупателей у других производителей. Производство всегда эффективно, а цены отражают издержки производства наиболее умелых производителей. Если эти условия не выполняются, то могут выжить и те производители, у которых цены значительно превысят издержки производства. Когда товар неоднороден и покупатель не слишком хорошо информирован, тогда ему сложно определить, что означает более низкая цена - сигнал о возможности более выгодно покупки или о низком качестве товара/услуги. А когда покупатели информированы о ценах, то фирмы могут их поднять выше уровня цен равновесия только при ограничении числа продавцов или ограниченном числе покупателей.

Можно схематично показать отличия товарного рынка совершенной конкуренции от той рыночной структуры, которая характерна в целом для рынка медицинских услуг (табл.4).

Таблица 4

Отличия товарного рынка совершенной конкуренции от рынка медицинских услуг

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

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		18 стр. из 20

Исходя из приведенного сравнения, следует, что рынок медицинских услуг, с точки зрения организационной структуры, является рынком несовершенной конкуренции. При этом по своим основным характеристикам он в большей мере приближается к структурам, которые в экономической теории классифицируются как рынок монополистической конкуренции и монополия. Эти обстоятельства неизбежно накладывают свой отпечаток на поведение производителей медицинских услуг (ЛПУ), изменение их первоочередных целей, систему ценообразования, что также требует регулирования происходящих процессов в этих рыночных структурах со стороны государства.

Здравоохранение, как отрасль общественного хозяйства, обладает рядом характеристик, нарушающих действие рыночного механизма:

- часть медицинских услуг обладает свойством «общественных товаров» (или «общественных благ») (одной из особенностей «общественных благ» является их способность распространять свой потребительский эффект на лиц, не участвующих в рыночной сделке);
- недостаточная информированность потребителя, информационная «асимметрия» производителя и потребителя медицинских услуг деформирует обычное взаимодействие спроса и предложения;
- особая роль принципа равенства в получении медицинской помощи: объем и качество потребления медицинских услуг не может определяться только уровнем платежеспособности населения – это, естественно, нарушает механизм рыночного ценообразования в здравоохранении.

В связи с этим чрезвычайно важно обратить внимание на факторы, определяющие спрос и предложение медицинских услуг. Ключевую роль здесь играет цена медицинской услуги, которая, с одной стороны, определяет спрос и предложение, а с другой стороны, в условиях свободного ее изменения балансирует их. Для того чтобы строить прогнозы относительного изменения величины спроса или предложения при изменении цены, необходимо знать количественные параметры этих изменений. Наиболее распространенной количественной характеристикой спроса является так называемая *ценовая эластичность спроса*.

Ценовая эластичность спроса измеряется как отношение процентного приращения объема спроса на товар (услугу) к процентному уменьшению цены данного товара при прочих равных условиях. Она показывает, на сколько процентов увеличится объем спроса при уменьшении цены услуги на один процент. Спрос на большинство медицинских услуг обладает низкой эластичностью, это и означает, что коэффициент эластичности меньше единицы. По оценкам ряда специалистов США коэффициент ценовой эластичности спроса на стационарную медицинскую помощь в среднем равен 0,7 (исключение - косметическая хирургия), а во многих случаях он колеблется от 0,2 до 0,7. Это означает, что при повышении цен на медицинские услуги спрос уменьшается в меньшей степени, чем растет цена (при повышении цены, скажем, на 10% спрос сократится на 2-7%).

На предложение и спрос действует не только цена, но и ряд других факторов: детерминанты спроса и предложения. К *детерминантам спроса* относятся уровень доходов и платежеспособность населения, структура медицинских услуг и их стоимость, распространенность заболеваний, и уровень информированности пациентов о них, «форсирование спроса» медицинскими работниками и многое другое. *Детерминантами предложения* являются такие факторы, как количество врачей, стоимость медицинского оборудования, совершенствование медицинского оборудования, появление новых конкурентов и др.

4. Иллюстративный материал: презентация

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6. Контрольные вопросы:

1. Основная характеристика рынка медицинских услуг?
2. Отличия товарного рынка совершенной конкуренции от рынка медицинских услуг?

Лекция №10

1. Тема: Ценообразование в здравоохранении.

2. Цель: Освоение и систематизация знаний по вопросам ценообразования в современных экономических условиях

3. Тезисы лекции: Одним из аспектов экономической деятельности медицинских учреждений (организаций) любой формы собственности является ценообразование на медицинские услуги.

Цена – денежное выражение стоимости товара (или услуги).

Стоимость – количество труда, вложенного в оказание медицинской услуги заданного качества. Характерной особенностью медицинской услуги является то, что процесс ее производства совпадает с процессом ее реализации.

Цена состоит из двух главных элементов: *себестоимости и прибыли*.

Себестоимость – это затраты лечебно-профилактического учреждения на оказание медицинской услуги, выраженные в денежной форме. Она включает в себя материальные затраты и оплату труда работников лечебного учреждения в расчете на единицу услуг (в стоматологии – УЕТ). Себестоимость показывает, в какую сумму обходится учреждению медицинское обслуживание, отражает текущие расходы.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье»		58/ 12
Лекционный комплекс		19 стр. из 20

Прибыль закладывается в цену как процент от себестоимости. В условиях конкуренции между лечебными учреждениями одного профиля на рынке платных медицинских услуг этот процент зависит от качества и комфортности обслуживания пациентов. Процент прибыли колеблется в среднем от 15 до 30% от себестоимости медицинской услуги.

В практике работы медицинских учреждений используется *расчет стоимости услуги в целом* по формуле:

$$C = C_{\text{п}} + C_{\text{к}} = Z_{\text{т}} + H_{\text{з}} + M + I + O + \Pi, \text{ где}$$

C – стоимость услуги, $C_{\text{п}}$ – прямые расходы, $C_{\text{к}}$ – косвенные расходы, $Z_{\text{т}}$ – расходы на оплату труда, M – расходы на медикаменты, перевязочные средства и пр., I – износ мягкого инвентаря, O – износ оборудования, Π – прочие расходы.

К прямым расходам относятся затраты, непосредственно связанные с медицинской услугой и потребляемые в процессе ее оказания: оплата труда основного персонала, начисления на оплату труда основного персонала, материальные затраты, потребляемые в процессе оказания услуги полностью (медикаменты, перевязочные средства, медицинские принадлежности, износ мягкого инвентаря и оборудования).

К косвенным расходам относятся те виды затрат, которые необходимы для обеспечения деятельности учреждения, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи: оплата труда общеучрежденческого персонала, хозяйственные затраты, затраты на командировки и служебные разъезды, износ мягкого инвентаря в служебных помещениях, амортизация (износ) зданий, сооружений и других основных фондов и др. Перечисленные косвенные затраты относятся на стоимость медицинских услуг через расчетные коэффициенты.

Процесс установления цены на медицинскую услугу включает в себя ряд последовательных элементов:

- 1) определение целей медицинского учреждения (организации) и в связи с этим целей ценовой политики;
- 2) постановку задач ценообразования;
- 3) определение спроса на медицинские услуги;
- 4) оценку издержек (т.е. затрат, расходов);
- 5) анализ цен и услуг конкурентов;
- 6) выбор метода ценообразования;
- 7) установление окончательной цены на услуги.

Целью ценообразования может являться:

- покрытие издержек, постоянное их снижение;
- обеспечение рентабельности производства, услуг;
- повышение конкурентоспособности поставщиков услуг;
- завоевание потенциального рынка потребителей;
- формирование стабильного потока пациентов;
- обеспечение оптимальной загрузки персонала и медицинского оборудования и др.

Задачи ценообразования должны совпадать с целями, которые ставит в своей деятельности ЛПУ, данные задачи входят в состав целевого блока, реализуемого в рамках ценовой политики.

Виды цен на медицинские услуги, методики ценообразования

Для медицинских услуг применяются:

1) *«Бюджетные оценки»* (или «бюджетные нормативы»): финансирование медицинских учреждений на основе принятых нормативных документов. «Бюджетные оценки» служат для расчетов между учреждениями одной территории, между подразделениями одного учреждения. При использовании данного типа цен расчеты зависят от имеющихся финансовых возможностей, потребности лечебного учреждения для осуществления своей деятельности не учитываются.

2) *Тарифы* в системе ОМС: денежные суммы, призванные возместить расходы ЛПУ по выполнению программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению. Эти цены имеют договорной характер, не включают прибыль, как правило, ниже себестоимости.

3) *Договорные цены* в системе ДМС: цены, которые утверждаются договорами между ЛПУ и другими учреждениями и организациями, предприятиями, другими юридическими лицами с целью медицинского обслуживания сотрудников. Договорные цены приближены к свободным рыночным ценам, включают себестоимость и прибыль, регулируются договорами.

4) *Свободные рыночные цены* на платные медицинские услуги: цены формируются на основании спроса и предложения и зависящие от конъюнктуры рынка медицинских услуг. Структура такой цены зависит от экономической цели медицинского учреждения, используются, как правило, в негосударственных медицинских организациях.

4. Иллюстративный материал: презентация (прилагается 14 слайдов)

5. Литература: см. приложение 1.

Основная: см. приложение -1

Дополнительная: см. приложение -1

Электронные ресурсы: см. приложение -1

6. Контрольные вопросы:

1. Дайте определение понятию «цена»?
2. Приведите классификацию цен на медицинские услуги?
3. Раскройте понятие «ценообразование»?

<p>ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра «Социальное медицинское страхование и общественное здоровье» Лекционный комплекс</p>		<p>58/ 12 20 стр. из 20</p>

Приложение №1.

Основная

Medical law : textbook / Zh. U. Tlembaeva [et. al.]; ed. J. U. Tlembaeva. - Astana : Medet Group , 2024. - 196 p.

Медицинское право : учебник / Ж. У. Тлембаева [и др.] ; ред. Ж. У. Тлембаева. - Астана : Medet Group , 2023. - 218 с.

Медициналық құқық : оқулық / Ж. У. Тлембаева [және т.б.]. - Астана : [б. и.], 2023. - 214 б.

Битенова Б.С. Основы экономических и правовых знаний : учебное пособие / Б. С. Битенова, Л. К. Магзумова, А. А. Ахатова. - Караганда : АҚНҰР, 2023. - 313 б.

Жакенова С.Р., Магзумова Л.К., Битенова Б.С. Основы предпринимательства Ақнұр- 2021

Экономикалық және құқықтық білім негіздері : оқу құралы / Б. С. Битенова, Л. К. Магзумова, А. А. Ахатова. - Қарағанды : АҚНҰР, 2019. - 310 бет

Касымова, Б. Т. Денсаулық сақтау экономикасы: оқу құралы / Алматы : Эверо, 2016. - 260 бет.

Рахыпбеков, Т. К. Методы экономического анализа в здравоохранении: учеб. пособие / . - Алматы : АҚНҰР, 2016. - 342 с

Экономика здравоохранения: учебник / под ред. А. В. Решетникова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 192 с.

Сыздыкова, К. Ш. Экономика и маркетинг в здравоохранении : учебное пособие / . - Алматы : ИП "Ақнұр", 2015. - 274 с.

Весельская, Н. Р. Финансовое право Республики Казахстан: учебник / Н.. - Алматы : [б. и.], 2015. - 312 с.

Экономика здравоохранения: учебник / под ред. А. В. Решетникова. -. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 192 с.

Семёнов, В. Ю. Экономика здравоохранения: учебное пособие / - М. : МИА, 2014. - 1000 с

Токкулиева, Б. Б. Денсаулық сақтаудағы экономика және қаржыландыру негіздері оқу құралы /; ОҚМФА Әдіст. Кеңес мәжілісінде бекіт. және баспаға ұсынған. - Алматы : Эверо, 2014. - 208

Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова ; - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 544 ил.

Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова ; М-во образования и науки. - 3-е изд., перераб. и доп ; Рек. ГОУ ВПО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова". - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 544 ил

Дополнительная

Сыздыкова, К. Ш. Денсаулық сақтаудағы экономика мен маркетинг : дәрістік топтама / . - Алматы : АҚНҰР, 2015. - 214 бет

Аканов, А. Здоровье населения и здравоохранения Республики Казахстан [Текст] = Population Health and Care of the Republic of Kazakstan (White Paper) : монография / А. Аканов, Т. Мейманалиев. - ; Рек. к изд. Учен. советом КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова. - Алматы : Эверо, 2014. - 80 с.

Электронные издания

Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (43,1Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. - эл. опт. диск (CD-ROM).

Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / . - Электрон. текстовые дан. (47,6 Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 608 с. эл. опт. диск (CD-ROM)

Токкулиева Б.Б.Денсаулық сақтаудағы экономика және қаржыландыру негіздері. Оқу құралы. – Алматы: Эверо, 2020. – 192 бет. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/453/

Касымова Б.Т.Денсаулық сақтау экономикасы – Оқу құралы/Б.Т.Касымова,Қ.М. Сисенғалиева, Л.К. Магзумова. – Алматы; Эверо, 2020. –260 бет. https://www.elib.kz/ru/search/read_book/849/