

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2+338.465.4

А.А. Стеклов ¹, А.А. Гильманов ², М.В. Паршиков ³, С.А. Суворова ¹

МОДЕЛИ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНИКО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ЛПУ

¹ ГУЗ «Центральная городская больница г. Ульяновска», Ульяновск, Россия² ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия³ ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

Приведен анализ финансово-хозяйственной деятельности моделей технико-ортопедического отделения в лечебных учреждениях по оказанию ортезной помощи пациентам, находящимся на стационарном лечении. Выявлена зависимость модели нового отделения от категории лечебного учреждения. Экономическая эффективность работы отделения в системе ОМС с оплатой КПП (клинико-профильных групп) показана на примере группы пациентов ($n = 30$). При условии ортезирования, возможно рационализировать затраты на медицинскую услугу на сумму $377\,610,3 \pm 111\,997,8$ рублей в год, и получить при эффективном использовании койки дополнительно еще $155\,209,34$ руб.

Ключевые слова: ортез, ортезирование, экономическая эффективность, ОМС, внебюджетное финансирование, технико-ортопедическое отделение

MODELS OF FINANCIAL AND ECONOMIC ORGANIZATION AND MEDICO-ECONOMIC EFFICIENCY OF THE ORTHOTICS DEPARTMENT IN A HOSPITAL

А.А. Steklov ¹, А.А. Gilmanov ², М.В. Parshikov ³, С.А. Suvorova ¹¹ Central Clinical Hospital of Ulyanovsk, Ulyanovsk, Russia² Kazan State Medical University, Kazan, Russia³ Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

This publication shows the relationship of one of the three proposed financial and economic models of orthotics offices, assisting patients with different pathologies of the musculoskeletal system, depending on the category of the hospital. The models of orthotics offices subjected to the analysis differ by a financing source; the system of an assessment of the dominating and minor indicators of their functioning is developed. Possible economic efficiency of the work of this office, working in the compulsory health insurance system is shown in the group of patients ($n = 30$) with a fracture of the distal end of the radius, and has made more than $377\,000,0$ rubles per year (according to 2014).

Key words: orthosis, economic efficiency, compulsory health insurance, extra-budgetary funding, orthotics office

Актуальность экономической составляющей организации нового структурного подразделения в лечебно-профилактическом учреждении государственной системы здравоохранения проявляется в том, что в России многие медицинские организации (отделения) финансируются из разных источников – бюджета, средств ОМС и доходов от иной деятельности [1, 4, 5]. Соотношение этих источников зависит от многих факторов: социально-экономической ситуации в регионе, платежеспособности населения, действий разрешительной системы законодательства, развития рыночных отношений, теневого рынка медицинских услуг, отношения общества, лояльности потребителей медицинских услуг, имиджа медицинской организации, эффективного менеджмента, маркетинга, профессиональной мотивации коллектива сотрудников и пр. [11]. Следовательно, при принятии решения о введении в действие нового структурного подразделения, руководство ЛПУ обязано учитывать

все эти факторы. Задачей руководства ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» стала организация нового технико-ортопедического отделения, оказывающего ортезную помощь пациентам с патологией опорно-двигательного, находящимся на лечении в различных отделениях стационара.

В медицине экономически эффективно то, что позволяет достичь максимального лечебного эффекта не только при минимальных финансовых затратах, но и также в ряде случаев при возможности получения дополнительных финансовых средств от иной приносящей доход деятельности. При этом приоритет всегда отдается медицинской эффективности. И в то же время при выборе альтернативных методов лечения, приводящих к одному и тому же клиническому результату, предпочтение должно быть отдано более экономичному методу. Следовательно, вновь организованное технико-ортопедическое отделение не должно создавать дополнительной финансовой

нагрузки для учреждения, какими бы «фантастическими» не были лечебные результаты от оказания им высококвалифицированной медицинской помощи [10].

Исходя из этого, необходимо рассмотреть несколько финансово-экономических моделей оказания технико-ортопедическим отделением подобного вида медицинской помощи (услуги):

- 1) средства обязательного медицинского страхования (ОМС);
- 2) коммерческая деятельность самостоятельного отделения, входящего в структуру медицинского учреждения;
- 3) медицинские услуги, оказываемые на платной основе сторонней организацией, арендующей помещения в медицинском учреждении.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе нами проанализированы предполагаемые модели деятельности создаваемого технико-ортопедического отделения. За исследуемый период приняли работу гипсового кабинета травматологического отделения ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» с 2009 по 2013 гг. [10]. В анализе использовали ориентировочные финансовые затраты при функционировании каждой модели, контракты, прайсы торговых организаций, а также стоимость платных услуг (расчет прямых и косвенных затрат, амортизация средств, участие персонала и так далее) в каждой модели.

1. Структурное подразделение, оказывающее медицинские услуги в рамках системы обязательного медицинского страхования (ОМС)

Согласно ежегодно утверждаемой территориальной программе государственных гарантий, «ортезирование» (так же, как и «гипсование») не является отдельно выделенной манипуляцией или услугой, оплачиваемой из средств ОМС. Следовательно, оно является лишь составляющей утвержденного стандарта оказания медицинской помощи, по которому пациент лечится в условиях ЛПУ.

Известно также, что на сегодняшний день ни один федеральный стандарт и порядок оказания медицинской помощи, который прямо или косвенно относится к повреждениям или заболеваниям костно-мышечной системы, не содержит в себе такой строки как «ортезирование». Следовательно, затраты, связанные с деятельностью данного подразделения, так же будут входить в затраты на услуги по стандартам и порядкам за медицинскую услугу в рамках ОМС [7, 8].

В то же время в лечебном учреждении любого типа и категории имеются отделения, медицинские услуги которых, не являясь самостоятельным видом помощи, входят в стандарт медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС. Это такие отделения как физиотерапевтическое, лучевой диагностики, функциональной диагностики, лечебной физкультуры, эндоскопии и т.д. Все они имеют свою конкретную структуру, сформированную штатную численность, площади, отчетность. Поэтому технико-ортопедическое отделение, оказывающее свои услуги в рамках финансирования ОМС, будет дополнительным бременем

для учреждения, отвлекающим средства бюджета на свою деятельность. Развитие и модернизация этого вида помощи также требуют невосполнимых финансовых затрат. И все же, по нашему мнению, необходимо рассмотреть данную модель как альтернативный вариант.

Для того, что бы начать формирование модели данного структурного подразделения, необходимо выполнить следующие мероприятия:

- согласовать и обосновать организацию отделения в органах управления здравоохранения муниципалитета или региона;
- сформировать штатное расписание путем перераспределения имеющейся штатной численности, согласно нормативно-правовой базе и действующего законодательства РФ;
- рассчитать тарификацию и фонд заработной платы (ФЗП) с начислениями для данного отделения;
- приобрести мягкий инвентарь, мебель, оргтехнику, расходные материалы и т.д.;
- информировать ТФОМС и страховые медицинские компании о начале деятельности данного отделения.

В данной модели услуга оказывается: 1) в финансовых рамках того или иного стандарта и порядка оказания медицинской помощи, согласно законодательству РФ; 2) утвержденной штатной численностью учреждения; 3) материалами и методиками, входящими в перечень услуг по стандарту.

Вывод: ортезирование, как медицинская услуга, в рамках рассматриваемой финансово-экономической модели, бюджетно экономична. Однако лечебное учреждение не имеет значительных возможностей применения новых современных материалов для изготовления ортезов, использования новых технологий и приобретения дополнительного оборудования.

Крупное многопрофильное, финансово устойчивое лечебное учреждение, способное внедрять инновационные методы лечения и новые виды медицинских услуг, может рассматривать данный вид медицинской помощи как вложение в стандарты оказания медицинской помощи по другим специальностям и нозологиям. Это позволит вывести оказание медицинской помощи на более современный в регионе уровень, снизить процент ранних и отдаленных осложнений, процент первичного выхода на инвалидность, сроки временной нетрудоспособности.

2. Вторая модель организации технико-ортопедического отделения – внебюджетный вариант или функционирование за счет средств от иной приносящей доход деятельности: возможность вывести данное отделение за рамки общего бюджета в условиях самоокупаемости. Такое отделение будет оказывать коммерческие медицинские услуги населению, принося, в большей или меньшей, степени доход учреждению.

Обращает на себя внимание следующее:

- данное подразделение открывается и работает на основании приказа главного врача ЛПУ;
- формируется штатное расписание: либо из отдельных сотрудников для работы по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) или платным услу-

гам, либо из сотрудников-совместителей (работают вне основного рабочего времени);

- производится экономический расчет (включает фонд заработной платы с начислениями, прямые и косвенные расходы), на основании которого формируется смета.

- при необходимости утверждаются и рассчитываются новые виды платных услуг в органах управления муниципалитета или региона (получение уведомления данного органа);

- выделяются средства из бюджета ЛПУ за счет средств, полученных от внебюджетной деятельности, для приобретения аппаратуры, основных средств, расходных материалов;

- при необходимости, заключается договор с медицинской страховой компанией, работающей в системе ДМС.

В настоящее время, в период реформирования отрасли здравоохранения, коммерческая модель актуальна еще и потому, что данный вид деятельности для лечебных учреждений не инновационный и существуют положительные примеры организации работы данного типа отделений и даже медицинских учреждений в России [2]. Однако конкретного маркетингового исследования провести не представляется возможным – данных о деятельности схожих по структуре и функционалу подразделений в государственных медицинских учреждениях РФ в литературных источниках и делопроизводстве не представлено.

Тем не менее следует заметить, что похожие структурные подразделения все же имеются в медицинских организациях, однако они направлены на оказание помощи пациентам с какой-либо одной патологией, в основном ортопедической, и зачастую для инвалидов. Для примера можно привести отдел протезирования в ФГБУ НИДОИ им. Г.И. Турнера Минздрава РФ, а также ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда РФ, где пациентам, получающим оперативное ортопедическое лечение, изготавливают протезно-ортопедические изделия. Данные медицинские услуги оказываются на коммерческой основе, но методы ортезирования и изготовления изделий достаточно устарели. Этого нельзя сказать о протезной мастерской РБФ «Реабилитация ребенка. Центр Г.Н. Романова», (г. Санкт-Петербург), где всем пациентам (в основном детям с нейромышечными заболеваниями) на коммерческой основе изготавливаются современные ортезы, в которых они продолжают получать реабилитационную помощь в стенах данного центра.

Поскольку данный вид деятельности будет носить коммерческий характер, фонд оплаты труда и коммунальные расходы данного отделения можно сбалансировать ценами на услуги. Следовательно, стоимость услуги формируется и утверждается не среднерыночная, а как новая коммерческая услуга по принятым в регионе расчетам для муниципальных и государственных бюджетных учреждений. Исходя из этого, цена на услуги по индивидуальному ортезированию вносится в перечень платных услуг ЛПУ, утверждается в соответствующих органах исполнительной власти субъекта.

После того как определено финансирование отделения, формируется план расходов, штатное расписание. К штатному расписанию в обязательном порядке должен быть приложен расчет штатных единиц, ведомость замены должностей (при необходимости), согласно требованиям приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации об утверждении порядка оказания медицинской помощи по конкретной специальности. Расчет должен содержать: наименование должностей, количество должностей, величину показателей, примечание.

Во второй модели медицинская услуга оказывается в условиях вновь созданного самостоятельного отделения, выведенного из общего финансирования ЛПУ. При этом: 1) штатная численность учреждения увеличивается, 2) имеется возможность использовать современные материалы для изготовления ортезов, 3) данная медицинская услуга не входит в состав стандарта оказания медицинской помощи, а предоставляется на альтернативных (платных) условиях.

Вывод: ортезирование в данном виде медицинской услуги повлечет рост штатной численности учреждения. Оказание коммерческой услуги в данном отделении может сопровождаться возможностью применения современных материалов и технологий ортезирования, что, несомненно, несет определенные финансовые затраты на приобретение материалов и оборудования, а также риски, связанные с ремонтом оборудования, гарантийным обслуживанием ортезов. Однако при этом деятельность технико-ортопедического коммерческого отделения повлечет получение прибыли учреждением. В свою очередь ЛПУ самостоятельно формирует и утверждает цены на услуги данной модели технико-ортопедического отделения.

Возникает вопрос окупаемости или рентабельности нового вида оказания помощи, где руководителю ЛПУ необходимо уделять особое внимание данному механизму взаимодействия, в целях обеспечения рентабельности деятельности.

Вторая финансово-экономическая модель организации деятельности технико-ортопедического отделения может быть применена большинством типов и категорий медицинских учреждений: она позволяет найти компромисс между стоимостью услуги, финансовой нагрузкой на пациента и рентабельностью отделения. Исключением могут быть небольшие, узкопрофильные, финансово неустойчивые лечебные учреждения, для которых изыскание средств для начала работы такого отделения сопряжено с определенными трудностями и рисками. Для таких ЛПУ более приемлема третья модель.

3. Третья модель функционирования технико-ортопедического отделения – это деятельность на площадях лечебного учреждения организации **арендатора, специализирующейся на изготовлении протезно-ортопедических изделий по индивидуальному заказу граждан**. Эта форма взаимодействия значительно облегчает работу механизма в цепочке «пациент – врач-ортопед – ЛПУ – пациент», так как у руководства ЛПУ нет необходимости создавать данное структурное подразделение самостоятельно,

ограничившись только сдачей в аренду требуемой площади для размещения последнего:

- выделяется площадь, на которой запланировано размещение вновь организованного отделения; проводится его оценочная стоимость с помощью сторонней лицензируемой организации.
- ЛПУ составляет ТЭЗ (технико-экономическое задание) для проведения аукциона на право заключения договора аренды с организацией, осуществляющей необходимый вид деятельности.
- ЛПУ в качестве заказчика проводит аукцион (на основании федерального закона № 135-ФЗ) на право заключения договора аренды.
- составляется договор аренды с организацией-победителем аукциона.
- ЛПУ получает дополнительный доход от арендных площадей, а также компенсацию затраченных средств на коммунальные услуги.
- ЛПУ исключает риски, связанные с затратами на приобретение расходных материалов, оборудования, ремонт и т.д.

Специалисты вновь созданного коммерческого отделения сами занимаются вопросами формирования штатного расписания, фонда заработной платы, обеспечением расходными и производственными материалами, а также берут на себя все риски, связанные с выбраковкой изделий, перепадами в количестве пациентов-заказчиков, с ремонтом изготовленных изделий и их гарантийного обслуживания.

Необходимо уточнить, что при данной форме организации работы технико-ортопедического отделения в ЛПУ, финансирование полученных пациентами ортезов может так же быть различным: фирма-арендатор периодически (раз в месяц, квартал) будет подавать счета-реестры по всем пациентам, получившим изделия, а ЛПУ (арендодатель) будет соответственно оплачивать их. Компенсировать же свои затраты учреждение будет от средств, полученных за оказание коммерческой услуги пациентам. Либо пациент, нуждающийся в ортезной помощи, будет сам оплачивать необходимый ему ортез в стороннюю организацию в рамках альтернативно предложенной ему медицинской помощи, а стоимость будет формировать сам производитель (фирма-арендатор) по всем правилам формирования коммерческой цены за продукт.

Данная модель удобна и тем, что по истечении отчетного периода фирма-арендатор стабильно обязана выплачивать арендную плату ЛПУ, а также компенсировать финансовые затраты ЛПУ на коммунальные услуги по арендованным площадям.

В третьей модели медицинская услуга по ортезированию будет оказываться сторонней организацией, оказывающей протезно-ортопедическую помощь пациентам медицинского учреждения и действующей на основании договора аренды. При этом: 1) не происходит рост штатной численности медицинского учреждения, 2) отсутствуют затраты учреждения на расходные материалы и оборудование, 3) данная медицинская услуга не входит в стандарт медицинской помощи, а предоставляется на альтернативных условиях.

Вывод: третья модель технико-ортопедического отделения не несет каких-либо финансовых затрат, при этом ЛПУ получает доход от предоставления помещений в аренду. Также медицинское учреждение юридически не несет ответственности за альтернативный вид услуги, не имеет рисков, связанных с нарушением качества изделий, поломкой оборудования, гарантийным обслуживанием и ремонтом ортопедического изделия.

В то же время, лечебное учреждение не может влиять на ценообразование ортезирования как альтернативной медицинской услуги, что, несомненно, является недостатком данной модели. Надо сказать, что данная модель самая экономически безопасная для небольших, узкопрофильных или финансово неустойчивых лечебных учреждений.

На основе совокупности факторов, определяющих медико-экономическую обоснованность оказанной медицинской услуги, в том числе в части повышения интенсивности работы стационара, нами были сформулированы и оценены все три модели работы технико-ортопедического отделения с точки зрения преимуществ и недостатков. Разработана таблица, на наш взгляд, доминирующих и второстепенных показателей их функционирования. В доминирующие показатели отнесли основные медико-экономические показатели и статистические (6). Во второстепенные – качественные и инновационные (4) показатели. При положительной характеристике показателя оценка составила 2 балла, при отсутствии динамики показателя – 1 балл, при отрицательной характеристике показателя – 0.

Оценивались сумма доминирующих, второстепенных и общие суммарные показатели экономического функционирования моделей. Доминирующий суммарный показатель лучший у сторонней ортопедической организации (10 баллов), второстепенный суммарный – у хозрасчетного ТОО (7). Наилучший суммарный показатель функционирования (14) у ТОО сторонней организации (табл. 1).

При многофакторном анализе функционирования всех предложенных в исследовании моделей технико-ортопедического отделения мы пришли к выводам, что более крупное медицинское учреждение (областная, краевая, центральная городская больница 1–2-й категории) может применять все три финансово-экономические варианты.

Для небольшого, но финансово устойчивого лечебного учреждения (3–4-й категории областной, городской больницы), более приемлема третья, «арендная», модель технико-ортопедического отделения, как самая экономически безопасная. Также учреждения данной категории могут рассматривать вторую «хозрасчетную» модель технико-ортопедического отделения как альтернативу, так как имеется возможность при небольших финансовых затратах и механизмах ценообразования получить прибыль за услугу.

Для узкопрофильных малых медицинских учреждений, при необходимости протезно-ортопедической помощи больным, рационально применить третью, «арендную», модель технико-ортопедического от-

Таблица 1

Показатели экономического функционирования моделей ТОО

Модели		Показатели										
		Медико-экономические				Статистические			Контроль качества		Инновационность	
		Штатная численность	Затраты на коммунальные услуги	Затраты на оборудование	Затраты на материалы	Временная нетрудоспособность	Оборот койки	Снижение к/дня	Прозрачность	Гибкость	Новые технологии	Стационарная замещающая помощь
ОМС	гипсовая	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	0
	ортезная мастерская	1	1	1	0	1	1	2	2	1	2	1
Хозрасчетное ТОО		0	0	0	0	2	2	2	2	1	2	2
Сторонняя организация		1	1	1	1	2	2	2	0	0	2	2

деления либо воспользоваться услугами данного подразделения другого лечебного учреждения, находящегося в территориальной доступности.

Медико-экономический анализ организации ортезной помощи с применением алгоритма формирования КСГ (клинико-статистических групп) в стационаре

Полученные результаты послужили основанием проведения дополнительного изучения целесообразности и практической значимости функционирования технико-ортопедического отделения, как структурного подразделения многопрофильного ЛПУ, в условиях действующей в настоящее время модели клинико-статистических групп и новой оплаты медицинской помощи в стационарных условиях за счет средств ОМС [3, 6, 12].

При отнесении случая лечения к определенной КСГ моделью предлагалось использовать два классификационных критерия: код диагноза в соответствии с международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ 10) и код хирургического вмешательства в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг [9].

Расчет законченного случая осуществляется на основании ряда экономических параметров, таких как базовая ставка КПП (клинико-профильной группы), коэффициент относительной затратоемкости, коэффициент дифференциации, поправочные коэффициенты (управленческий, коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности курации пациента).

Так, нами были исследованы больные, получавшие лечение в условиях стационара ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» в 2014 г. ($n = 30$), с диагнозом «перелом луча в типичном месте», которым ортезирование не осуществлялось. Средний койко-день этих больных составил 13 ± 2 . Согласно действующему тарифному соглашению в системе ОМС Ульяновской области все случаи подлежали оплате из данных фондов и составляли на отчетный период в рамках законченного случая 15709,45 руб. (с учетом поправочного коэффициента

по профилю «травматология» (0,76) – 11939,18 руб.). Таким образом, только по представленным к оплате реестрам исследуемых больных гарантированно использовали государственные материальные ресурсы на 358 175,4 руб. ($n = 30$). Несомненно, истинные расходы на оказание круглосуточной медицинской помощи данной группе пациентов при среднем койко-дне пребывания (тариф ОМС стационарной помощи за 1 койко-день – 1866,63 руб.) составили $24526,19 \pm 3733,26$ руб. за один случай госпитализации. Применение же на ранних сроках различных видов ортезирования позволило бы значительно сократить сроки пребывания и, соответственно, материальные затраты, которые составили $12587,01 \pm 3733,26$ руб. по каждому случаю.

Кроме того, сокращение койко-дня, увеличение оборота койки, безусловно, повлечет за собой большее количество пролеченных больных за финансовый период, что, в свою очередь, также принесет прибыль учреждению за счет повышения эффективности и интенсификации работы круглосуточной койки стационара и смещения структуры оказания медицинской помощи в сторону наименее затратной.

Так, механизм оплаты законченного случая КПП предусматривает получение полной оплаты медицинской услуги при лечении в стационаре при сроках лечения 9–13 дней, что при сокращении стационарного лечения до оптимальных 9 дней обеспечивает «высвобождение» дополнительного места для оказания помощи другим пациентам с костно-мышечной патологией (4 койко-дня от каждого случая). В результате, экономия составит 120 койко-дней (при $n = 30$), что, в свою очередь, позволит пролечить за указанный период еще порядка 13 человек и получить гарантированную оплату в сумме 155 209,34 руб. ($11939,18 \text{ руб.} \times 13 \text{ чел.} = 155\,209,34 \text{ руб.}$). Соответственно, имеем большее количество больных, пролеченных за более короткие сроки, с материально-экономической выгодой для ЛПУ и социально-удовлетворительным эффектом для пациента.

Таким образом, внедрение ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий по

результатам проведенного статистического исследования только по одной нозологической единице позволило рационализировать затраты на медицинскую услугу на сумму $377\,610,3 \pm 111\,997,8$ руб. (при $n = 30$), и получить при эффективном использовании койки дополнительно 155 209,34 руб. (13 законченных случаев по КППГ).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе функционирования всех предложенных в исследовании моделей технико-ортопедического отделения, совокупности факторов, определяющих медико-экономическую обоснованность оказанной медицинской услуги, в том числе в части повышения интенсивности работы стационара, мы пришли к выводу, что для разных типов и категорий медицинских учреждений необходим дифференцированный подход при выборе финансово-экономической модели деятельности технико-ортопедического отделения.

Результаты оценки медико-экономической эффективности деятельности ТОО могут быть использованы при принятии управленческих решений, направленных на улучшение качества медицинской помощи пациентов как во время пребывания стационаре, так и в реабилитационном периоде на амбулаторном этапе лечения. Внедрение ресурсосберегающих медицинских и организационных технологий по результатам проведенного статистического исследования и экономического анализа только по одной нозологической единице позволяет рационализировать затраты на медицинскую услугу и получить при эффективном использовании койки дополнительную финансовую прибыль медицинской организации.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Гусева С.Л. Модели финансирования здравоохранения. – М.: ГОУ ВПО МГМСУ, 2012. – 43 с.
Guseva S (2012). Models of healthcare financing [Modeli finansirovaniya zdravoohranenija], 43.
2. Кудрина Е.А., Молчанова Л.Ф. Медицинская, социальная и экономическая эффективность организации работы дневного стационара // Здравоохранение. – 2006. – № 8. – С. 17–29.
Kudrina EA, Molchanova LF (2006). Medical, social and economic efficiency of the organization of the day hospital [Medicinskaja, social'naja i jekonomicheskaja jeffektivnost' organizacii raboty dnevnogo stacionara]. *Zdravoohranenie*, 8, 17-29.
3. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. – М., 2014.
Methodical recommendations on how to pay for health care at the expense of mandatory health insurance (2014). [Metodicheskie rekomendacii po sposobam oplaty medicinskoj pomoshhi za schet sredstv objazatel'nogo medicinskogo strahovanija].
4. Неделько Г.В. Стандарты управленческого учета в высших учебных заведениях // Академия бюджета и казначейства Минфина России. Финансовый журнал. – 2011. – № 1. – С. 143–150.
Nedelko GV (2010). The standards of management accounting in higher education [Standarty upravlencheskogo ucheta v vysshih uchebnyh zavedenijah]. *Finansovyy zhurnal*, 1, 143-150.
5. Парыгина Н.М. Проблемы бюджетного учета медицинских услуг в клинических диагностических центрах // Актуальные проблемы социально-экономического развития России. – 2010. – № 4. – С. 15–20.
Parygina NM (2010). Problems of budgetary accounting of medical services in clinical diagnostic centers [Problemy bjudzhetnogo ucheta medicinskih uslug v klinicheskikh diagnosticheskikh centrakh]. *Aktual'nye problemy social'no-jekonomicheskogo razvitija Rossii*, 4, 15-20.
6. Письмо Минздрава России от 15.12.2014 г. № 11.9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».
"How to pay medical care provided in the framework of the provision of state guarantees of free medical care to citizens" (2014). [O sposobah oplaty medicinskoj pomoshhi, okazannoj v ramkah programmy gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshhi]. *Pis'mo Minzdrava Rossii*, 11.9/10/2-9454.
7. Приказ МЗ РФ от 01.08.07 г. № 513 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсультом (при оказании специализированной помощи)».
Order of Health Ministry of Russian Federation N 513 as of 01.08.07 "On approval of the standard of care for patients with stroke (with specialized assistance)" (2007) [Ob utverzhdenii standarta medicinskoj pomoshhi bol'nym s insul'tom (pri okazanii specializirovannoj pomoshhi)].
8. Приказ Минздрава России от 09.11.12 г. № 887н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при переломе нижнего конца лучевой кости, сочетанном переломе нижних концов локтевой и лучевой костей».
Order of Health Ministry of Russian Federation N 887n as of 09.11.12 "On approval of the standard primary health care at the turn of the lower end of the radius, combined fractures of the lower ends of the ulna and radius" (2012). [Ob utverzhdenii standarta pervichnoj mediko-sanitarnej pomoshhi pri perelome nizhnego konca luchevoj kosti, sochetannom perelome nizhnih koncov loktevoj i luchevoj kostej].
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».
Order of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, September 27, 2011, N 1664n "On approval of the nomenclature of health services" [Ob utverzhdenii nomenklatury medicinskih uslug].
10. Стеклов А.А., Паршиков М.В., Горбунов В.И. Организация технико-ортопедического отделения в ЛПУ // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – № 4. – С. 104–105.

Steklov AA, Parshikov MV, Gorbunov VI (2011). Organization of orthotics department in hospitals [Organizacija tehniko-ortopedicheskogo otdelenija v LPU]. *Bjull. VSNC SO RAMN*, 4, 104-105.

11. Сюркова С.М. Проблемы финансирования учреждений здравоохранения в период трансформации организационно-правовых и экономических условий их деятельности // Вестник ТИСБИ. – 2013. – № 2. – С. 118–128.

Syurkova SM (2013). Problems of financing health care institutions in the period of transformation of their

organizational, legal and economic conditions activity [Problemy finansirovanija uchrezhdenij zdravoohraneniya v period transformacii organizacionno-pravovyh i jekonomicheskikh uslovij ih dejatel'nosti]. *Vestnik TISBI*, 2, 118-128.

12. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2015 год от 25.12.2014 г.

Tariff agreement in the health insurance system of the Ulyanovsk region in 2015 [Tarifnoe soglasenie v sisteme objazatel'nogo medicinskogo strahovaniya Ul'janovskoj oblasti na 2015 god ot 25.12.2014].

Сведения об авторах Information about the authors

Стеклов Александр Анатольевич – заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска» (432057, г. Ульяновск, ул. Оренбургская, 27; тел.: 8 (8422) 55-08-43; e-mail: stekloff@rambler.ru)

Steklov Alexander Anatolyevich – Deputy Chief Physician of polyclinic section work of Central Clinical Hospital of Ulyanovsk (432057, Ulyanovsk, ul. Orenburgskaya, 27; tel.: +7 (8422) 55-08-43; e-mail: stekloff@rambler.ru)

Гильманов Анас Анварович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Общественного здоровья и организации здравоохранения ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» Минздрава России (420055, Респ. Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, 49; тел.: 8 (843) 236-08-81)

Gilmanov Anas Anvarovich – Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Public Health and Health Organization, Kazan State Medical University (420055, Republic of Tatarstan, Kazan, ul. Butlerova, 49; tel.: +7 (843) 236-08-81)

Паршиков Михаил Викторович – доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России (125008, г. Москва, ул. Делегатская, 20, стр. 1; тел.: 8 (495) 359-62-00)

Parshikov Mikhail Viktorovich – Doctor of Medical Science, Professor, Department of Traumatology and Orthopedics, Moscow State University of Medicine and Dentistry (125008, Moscow, ul. Delegatskaya, 20, building 1; tel.: +7 (495) 359-62-00)

Суворова Светлана Александровна – кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части ГУЗ «Центральная городская клиническая больница г. Ульяновска»

Suvorova Svetlana Alexandrovna – Candidate of Medical Science, Deputy Chief Medical Officer of the medical unit of Central Clinical Hospital of Ulyanovsk