[ЛЕКЦИЯ № 4. Экономические основы здравоохранения.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html" \l "Q-7742-LYEKTSIYA-4-Ekonomichyeskiye-osnovy-zdravookhranyeniya-Link)

[1. Эффективность здравоохранения и ее виды.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-7749-1-Effyektivnostjj-zdravookhranyeniya-i-yeye-vidy-Link)

*Экономика здравоохранения –*один из разделов социальной медицины и организации здравоохранения, предметами которой являются изучение и использование объективных законов развития экономических отношений, складывающихся в отрасли в процессе охраны здоровья населения.

В условиях рыночных отношений экономические проблемы здравоохранения занимают центральное место в деятельности организаторов здравоохранения, экономистов, практических врачей. В основе организации медицинской помощи сегодня лежат принципы, признающие здоровье материальной ценностью, ресурсом, который имеет стоимость, а саму медицину – ресурсосберегающей производительной силой общества.

Многие годы существовало мнение, что здравоохранение относится к сфере нематериального производства и проявляется действием, а не денежным выражением своей деятельности. Действительно, здравоохранение относится к сфере непосредственного обслуживания населения, которое направлено на улучшение показателей его здоровья; более того, достигая снижения заболеваемости и смертности населения, улучшения физического и психического здоровья людей, увеличения продолжительности жизни и экономически активного долголетия, здравоохранение способствует воспроизводству трудовых ресурсов, что и создает предпосылки для увеличения производительности труда, роста национального дохода.

Сберегая личный и общественный труд, здравоохранение непосредственно влияет на темпы развития производства, повышение производительности труда и снижение себестоимости выпускаемой продукции.

Следовательно, с этих позиций деятельность здравоохранения необходимо оценивать не только с точки зрения медико-социальной эффективности, но и как экономически эффективную отрасль национального хозяйства.

Таким образом, деятельность здравоохранения приносит экономический эффект, который может быть прямым или косвенным и проявляется в росте производительности труда, расширении и развитии производства и росте национального дохода.

Необходимо различать понятия «эффект» и «эффективность», которые тесно связаны между собой.

*Эффект*в здравоохранении характеризует медицинские, социальные и экономические результаты метода, вмешательства, мероприятия.

*Эффективность –*это понятие более широкое, которое характеризует эффект и показывает, как использовались материальные, трудовые и финансовые ресурсы при данном методе, вмешательстве, мероприятии. Различают медицинскую, социальную и экономическую эффективность.

Под *медицинской эффективностью*понимается качественная и количественная характеристика степени достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Термин «медицинская эффективность» широко применяется при изучении лечебно-диагностических процессов, профилактики заболеваний, организации и проведении медицинских мероприятий. К ним относятся, в частности, укрепление здоровья детей и пожилых людей, лечение отдельных заболеваний с высоким уровнем медицины (онкологических, СПИДа и пр.) и другие аспекты медицинской деятельности.

*Социальная эффективность*по своему содержанию очень близка к медицинской эффективности. Вместе с тем, если медицинская эффективность измеряется результатом непосредственного медицинского вмешательства, показателями улучшения здоровья трудящихся от начала заболевания до полного выздоровления с восстановлением трудоспособности, то социальная эффективность здравоохранения характеризуется улучшением здоровья населения, снижением заболеваемости, преждевременной смертности, изменением демографических показателей, всевозрастающим удовлетворением населения в медицинской помощи и санитарно-эпидемиологическом обслуживании.

Социальная эффективность заключается в предотвращении ряда заболеваний, уменьшении числа инвалидов и преждевременно умерших, в росте качества медицинского обслуживания в результате проведения медицинских и социальных мероприятий.

*Экономическая эффективность*характеризует прямой и косвенный (опосредованный) вклад, вносимый здравоохранением в рост производительности труда, увеличение национального дохода, развитие производства. Экономическая эффективность в здравоохранении не может быть определяющим критерием, главным является медицинская и социальная эффективность мероприятий по охране здоровья. Часто медицинская эффективность является доминирующей, требующей значительных затрат, отдача от которых может иметь место в отдаленном будущем или вовсе исключается. При организации медицинского обслуживания пожилых людей с хроническими дегенеративными заболеваниями, больных с умственной отсталостью, тяжелыми повреждениями центральной и периферической нервной системы и некоторыми другими состояниями при явной медицинской и социальной эффективности экономический эффект будет отрицательным.

Таким образом, экономическая эффективность здравоохранения обозначает рациональное использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов для решения вопросов, связанных с охраной здоровья населения.

Экономическая эффективность здравоохранения создает следующие виды экономических выгод для государства: снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смертности, уменьшение затрат на медицинскую помощь. Экономические аспекты здравоохранения не преследуют целей уменьшения расходов на здравоохранение. Должна быть не экономия средств, а поиск путей и методов их наиболее рационального использования для охраны здоровья населения.

Для определения экономической эффективности здравоохранения используется экономический анализ, который заключается в сопоставлении затрат и полученного эффекта.

Экономический анализ деятельности медицинских учреждений проводится по следующим направлениям: использование основных фондов, эффективность использования коечного фонда и медицинского оборудования, оценка финансовых расходов и стоимость различных видов медицинской помощи, использование медицинского и прочего персонала. Наряду с этим рассчитываются основные экономические показатели: общий экономический ущерб в связи с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, предотвращенный экономический ущерб и критерий экономической эффективности медицинской помощи.

В условиях рыночной экономики основной задачей любого объекта здравоохранения является повышение качества и конкурентоспособности медицинских услуг, лекарственных средств и товаров медицинского назначения с целью получения максимальных экономических результатов. В связи с этим экономический анализ предусматривает изучение себестоимости и цен на оказываемые медицинские слуги, рентабельности и прибыли от их реализации. Это позволит дать оценку хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения, выявить его внутренние резервы и правильно выбрать приоритетные направления вложения собственных и заемных средств.

[2. Анализ использования основных фондов лечебного учреждения.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-7848-2-Analiz-ispoljjzovaniya-osnovnykh-fondov-lyechyebnogo-uchryezhdyeniya-Link)

*Основные фонды –*совокупность произведенных общественным трудом материально-вещественных ценностей, действующих в течение длительного периода.

К основным фондам, принадлежащим учреждению, относятся здания и сооружения, машины, оборудование и инвентарь. Основные фонды народного хозяйства представляют собой наиболее важную и быстро возрастающую часть национального богатства. В основных фондах выделяют:

1) активную часть;

2) пассивную часть;

3) прочие основные фонды.

*Активная часть –*это медицинская техника, приборы, аппаратура, инструментарий специального назначения, от которых в значительной степени зависит качество медицинской помощи.

*Пассивная часть –*здания и сооружения, коммуникации и пр.

*Прочие основные фонды –*мягкий инвентарь, хозяйственный инвентарь и пр.

В структуре основных фондов любого учреждения наибольший удельный вес имеет пассивная часть (около 75%), активная часть составляет около 20%, прочие основные фонды – примерно 5%.

Для экономического анализа необходима форма годового отчета № 5 «Движение основных средств».

Основные средства – это основные фонды в денежном выражении, они отражаются в балансе основных фондов и в бухгалтерском балансе.

Стоимость основных фондов учитывается по отдельным субсчетам, которые имеют шифр: 010 – здания, 011 – сооружения, 012 – передаточные устройства, 013 – машины, оборудование, 014 – белье, обувь и постельные принадлежности, 015 – транспортные средства, 016 – инструмент производственный, включая принадлежности и хозяйственный инвентарь, и т. д.

Для определения активной части основных фондов необходимо суммировать стоимость субсчетов 013 и 016.

В здравоохранении норма активной части основных фондов должна быть не менее 20%.

Основные фонды в здравоохранении зачисляются на баланс учреждения здравоохранения по их полной первоначальной стоимости, которая складывается из затрат на приобретение, транспортировку, монтаж и пр.

Для анализа использования основных фондов лечебного учреждения рассчитываются следующие основные показатели.

*Фондовооруженность труда персонала –*это показатель, характеризующий уровень технической оснащенности трудовых процессов, величину основных производственных фондов, приходящихся на одного работника. Увеличение фондовооруженности труда – один из важнейших факторов повышения эффективности работы и качества медицинской помощи.

Показатель фондовооруженности определяется делением стоимости основных фондов на среднегодовую численность работающих по штатному расписанию (медицинский, фармацевтический и прочий персонал).

***Фондовооруженность труда персонала:***

Стоимость основных фондов / среднегодовая численность работающих.

***Фондовооруженность медицинского персонала активной частью основных фондов***определяется делением стоимости активной части основных фондов на среднегодовую численность медицинского персонала (врачей и средних медработников).

***Фондовооруженность медперсонала:***

Стоимость активной части основных фондов / среднегодовая численность медперсонала.

***Пример.*В**больнице стоимость основных фондов – 3250 у. е., активная часть – 310,2 у. е. Среднегодовое число персонала – 458 человек, из них 75 врачей и 250 средних медработников.

Фондовооруженность труда персонала – 3250 у. е. / 458 = 7,1 у. е.

Фондовооруженность труда медперсонала – 310,2 у. е. / 325 = = 0,9 у. е. (1у. е.).

Эффективность применения основных средств характеризует показатель фондоотдачи.

*Фондоотдача –*объем производства продукции на единицу стоимости основных фондов. Это обобщающий показатель эффективности воспроизводства и использования основных производственных фондов. Фондоотдача зависит от календарного времени использования основных фондов лечебно-профилактического учреждения, среднего числа занятости койки в году и числа дней функционирования поликлиники. Имеет значение интенсивность их использования (оборот койки в стационаре, сокращение средней длительности лечения в стационаре и поликлинике, рациональная организация работы медицинского персонала).

Фондоотдача может быть выражена как в натуральном, так и в стоимостном выражении. Показатель определяется раздельно для поликлиники и стационара.

В натуральном выражении фондоотдача определяется отношением числа госпитализированных больных за год в расчете на 1000 руб. основных фондов (по стационару) и числа фактически обратившихся в поликлинику на 1000 руб. основных фондов (по поликлинике).

***Фондоотдача по стационару:***

Число госпитализированных больных х 1000 / стоимость основных фондов по стационару (руб.).

***Фондоотдача по поликлинике:***

Число обратившихся х 1000 / стоимость основных фондов по поликлинике (руб.).

Расчет фондоотдачи в стоимостном выражении проводится определением суммы текущих затрат на содержание учреждения, приходящейся на 1000 руб. основных фондов.

***Фондоотдача по стационару:***

Затраты на содержание стационара х 1000 / стоимость основных фондов по стационару (руб.).

***Фондоотдача по поликлинике:***

Затраты на содержание поликлиники х 1000 / стоимость основных фондов по поликлинике (руб.).

При анализе работы объединенной больницы фондоотдача в стоимостном выражении может быть представлена в целом по учреждению, т. е. в сумме данных по стационару и поликлинике. Анализируя показатели фондоотдачи, следует учитывать, что их резкое повышение может быть связано с перегрузкой стационара (т. е. средняя занятость койки превышает число календарных дней в году) или с чрезмерной нагрузкой поликлиники. Такое повышение фондоотдачи не может быть оценено положительно.

*Фондоемкость –*стоимость основных производственных фондов на единицу объема производства продукции. Это величина, обратная фондоотдаче: чем выше фондоотдача, тем при прочих равных условиях ниже фондоемкость, и наоборот.

Различают прямую и полную фондоемкость.

***Прямая фондоемкость***определяется как отношение основных фондов учреждения здравоохранения к объему производства в денежном выражении.

***Полная фондоемкость***учитывает не только основные фонды, непосредственно занятые в производстве продукции отрасли (учреждения здравоохранения), но и те, которые функционировали в отраслях, косвенно участвовавших в производстве данной продукции.

Фондоемкость определяется отношением стоимости основных фондов стационара в расчете на 1000 госпитализированных больных или стоимостью основных фондов поликлиники на 1000 обратившихся в поликлинику. В стоимостном выражении фондоемкость означает сумму основных фондов в расчете на рубль произведенных затрат.

***Фондоемкость по стационару:***

Основные фонды поликлиники (руб.) х 1000 / число госпитализированных больных.

***Фондоотдача по поликлинике:***

Основные фонды поликлиники (руб.) х 1000 / число обратившихся в поликлинику.

[3. Показатели, рекомендуемые для проведения анализа экономической деятельности поликлиники.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-8146-3-Pokazatyeli-ryekomyenduyemyye-dlya-provyedyeniya-analiza-ekonomichyeskoyi-dyeyatyeljjnosti-polikliniki-Link)

***Эффективность***(Эф), или отношение результатов к затратам, рассчитывается по следующим формулам:

Эф = прибыль х 100 / себестоимость = %,

Где прибыль = выручка – затраты,

Себестоимость равна затратам, произведенным при оказании медицинской помощи (совокупность затрат на все платные услуги). Себестоимость отражает затраты, произведенные при оказании услуг на платной основе.

Или.

Эф = валовой доход х 100 / себестоимость,

Где валовой доход как результат от платной деятельности равен сумме заработной платы и прибыли.

Эффективность деятельности рассматривается, как правило, с учетом себестоимости, выраженной как совокупные затраты не на одну, а на все платные услуги, и прибыли, полученной в результате всей платной деятельности.

***Валовая прибыль***(Вп):

Оборот (выручка) – стоимость купленного сырья, материалов, других издержек.

***Условно-чистая прибыль:***

(Вп) – (накладные расходы и суммы износа оборудования).

Выручка от продажи медицинских услуг рассчитывается путем умножения цены одной услуги на их количество.

Поскольку услуги разные и по ценам, и по количеству, то в формуле используется знак суммы (Σ):

Q = Σ х(Р хN),

Где Q – выручка, т. е. объем в рублях платных медицинских услуг, оборот учреждения;

Р – цена одной услуги;

N – количество услуг данного вида.

***Эффективность трудовых затрат****–*производительность труда (Пт) сотрудников:

Пт = чистая прибыль (ЧП) х 100 / среднесписочное число работников,

Где чистая прибыль (ЧП) – прибыль после уплаты налога и процентов за кредит.

Из ЧП могут быть сформированы фонд производственного развития, фонд социального развития, фонд материального поощрения, резервный фонд, т. е. фонды накопления и потребления; среднесписочное число работников – среднеарифметическое за 12 месяцев число работников. Эффективность трудовых затрат показывает производительность труда.

***Эффективность использования материальных ресурсов***(медикаментов, мягких материалов и др.) выражает материалоемкость (Ме), или эффективность использования материальных ресурсов (медикаментов, перевязочных средств и пр.):

Ме = материальные затраты (М) / чистая прибыль (после реализации услуг).

***Рентабельность***(Рт), или прибыльность, доходность:

Рт = чистая прибыть (ЧП) х 100 / балансовая стоимость основных и оборотных средств = %,

Где Рт – рентабельность (не должна быть ниже 8 – 10%).

Рт – выражение прибыли в относительных величинах, как правило, рассчитывается, как ожидаемая прибыль при расчете цены на медицинские услуги. В Москве, например, закладывается Рт, равная 20%.

Показателем роста эффективности деятельности также может служить тенденция к снижению затрат за единицу услуги, т. е. ***показатель средних издержек***(Си):

Си = валовые издержки (Ви) / количество услуг (Ку),

Где Ви – сумма всех затрат, которые осуществила поликлиника при организации и реализации медицинской помощи на платной основе;

К – все медицинские услуги за отчетный период.

Если «Си» имеют тенденцию к снижению от одного периода к другому, это свидетельствует о повышении эффективности коммерческой деятельности ЛПУ.

Условно-постоянными считаются затраты, общая величина которых неизменна в расчете на одно рабочее место, не зависит от объемов оказанных услуг. Это – гарантированный уровень оплаты труда персонала, стоимость отопления здания, освещения, накладные расходы и другие затраты, которые не зависят от количества посещений в поликлинике, оказанных услуг и т. д. Однако эти затраты сильно колеблются в расчете на единицу услуг.

Для характеристики финансирования применяют ***показатель удельного веса источника финансирования***(в %):

Пт = сумма определенного источника финансирования (бюджет, ОМС, др.) х 100/сумма всех источников финансирования.

В состав показателей, характеризующих экономическую деятельность поликлиники, могут быть также включены следующие показатели.

***Выручка на одного врача:***

Выручка / среднегодовое число врачей.

Рост этого показателя может быть, как правило, обусловлен увеличением числа обращений и доступными ценами на медицинские услуги.

***Выручка на одного прикрепленного:***

Выручка / число прикрепленных.

***Показатель средней стоимости одного посещения***рассчитывается по формуле:

Средняя стоимость одного посещения = сумма расходов поликлиники / число посещений.

[4. Обновление основных фондов.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-8493-4-Obnovlyeniye-osnovnykh-fondov-Link)

Основные фонды отражают состояние материально-технической базы учреждения здравоохранения (поликлиники, стационара и пр.). Обновление основных фондов характеризуют 3 показателя:

1) коэффициент выбытия;

2) коэффициент обновления;

3) коэффициент накопления.

Коэффициент выбытия характеризует интенсивность выбытия основных фондов за год (руб.) к стоимости основных фондов на конец года.

Коэффициент выбытия = сумма выбывших основных фондов за год (руб.) / стоимость основных фондов на конец года (руб.).

*Коэффициент обновления*показывает долю стоимости новых основных фондов, вступивших в эксплуатацию в данном году, к общей их стоимости на начало года:

Коэффициент обновления = сумма введенных основных фондов за год (руб.) / стоимость основных фондов на начало года (руб.).

Эталон обновления основных фондов – 10 – 15%.

*Коэффициент накопления*характеризует процесс пополнения основных фондов учреждения:

Коэффициент накопления = разница между суммой введения и выбытия основных фондов за год (руб.) / стоимость основных фондов на начало года (руб.).

*Рентабельность основных фондов –*это отношение прибыли (сумма хозрасчетного дохода в руб.) к среднегодовой стоимости в руб., выраженная в процентах:

Рентабельность = прибыль (сумма хозрасчетного дохода в руб.) / среднегодовая стоимость основных фондов (руб.).

*Производительность труда*(руб.) = доходы от реализации медицинских услуг / численность работающих, участвовавших в получении этого дохода.

[5. Анализ эффективности использования конечного фонда.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-8575-5-Analiz-effyektivnosti-ispoljjzovaniya-konyechnogo-fonda-Link)

Больницы являются наиболее дорогостоящими учреждениями здравоохранения, поэтому рациональное использование коечного фонда имеет большое значение. Простой койки в больницах не только сокращает объем стационарной помощи и ухудшает медицинское обслуживание населения в целом, но и вызывает значительные экономические потери, так как расходы на содержание больничной койки имеют место и в тех случаях, когда койки не функционируют. Затраты на пустующую койку составляют 2/3 стоимости содержания занятой койки. Более низкая стоимость одного койкодня приходится на те больницы, где коечный фонд используется наиболее интенсивно. Сокращение простоя койки снижает непроизводительные расходы больниц и уменьшает стоимость их койкодня.

Основными причинами простоя коек являются отсутствие равномерного поступления больных, «прогул» койки между выпиской и поступлением больных, проведение профилактической дезинфекции, карантин в связи с внутрибольничной инфекцией, ремонт и т. д.

Эффективность использования коечного фонда стационара характеризуется следующими основными показателями: оборот больничной койки, среднегодовая занятость (работа) койки, среднее время простоя коек, выполнение плана койкодней по стационару, средняя длительность пребывания больного в стационаре. Необходимые для расчета показателей данные могут быть получены из «Отчета лечебно-профилактического учреждения» (ф. № 30-здрав.) и «Листка учета движения больных и коечного фонда по стационару» (ф. № 007 – у).

***Оборот больничной койки***определяется как отношение:

Число выбывших больных (выписанных + умерших) / среднегодовое число коек.

За среднегодовое число коек при расчете всех показателей нужно принимать коечную мощность стационара.

Этот показатель характеризует численность больных, находившихся на больничной койке в течение года. В соответствии с плановыми нормативами для городских стационаров его следует считать оптимальным в пределах 17 – 20.

Возможность обслуживать одной койкой то или иное число больных определяется ***функцией больничной койки***(Ф), которая рассчитывается как частное от деления среднегодовой занятости койки с учетом ее профиля (Д) на среднее число дней пребывания больного на койке этого же профиля (П).

Ф = Д / П.

***Например,***средняя занятость родильной койки (по нормативу) составляет 280 дней, средняя длительность пребывания на родильной койке по нормативу – 9,1 дня. Функция койки акушерского профиля составляет:

Ф = Д / П = 280 дней / 9,1 дня = 30,8 (31).

Это означает, что акушерская койка может обслужить в течение года 31 беременную женщину.

***Среднегодовая занятость (работа) больничной койки***(фактическая занятость) рассчитывается:

Число койкодней, фактически проведенных больными в стационаре / среднегодовое число коек.

Оценка этого показателя проводится путем сравнения с расчетными нормативами. Они устанавливаются раздельно для городских и сельских больничных учреждений с уточнением этого показателя по различным специальностям.

Оптимальная среднегодовая занятость койки может быть рассчитана для каждого стационара в отдельности с учетом его коечной мощности по следующей формуле:

Медицинская статистика: конспект лекций

Где Д – среднее число дней работы койки в году;

Н – среднегодовое число коек в стационаре.

***Например,***для стационара на 250 коек оптимальная занятость койки в году будет составлять:

Медицинская статистика: конспект лекций

Этот показатель используется при определении расчетной стоимости одного койкодня.

Среднегодовая занятость койки может быть снижена вследствие вынужденного простоя коек (например, в связи с ремонтом, карантином и пр.). Для того, чтобы в подобных случаях исключить причину недоиспользования коечного фонда, вычисляется показатель работы функционирующей койки, т. е. за исключением дней простоя. Расчет производится по следующей методике:

1) рассчитывается среднее число коек, свернутых в течение года в связи с ремонтом:

Число койкодней закрытия на ремонт / число календарных дней в году;

2) определяется среднее число коек, функционировавших в течение года:

Среднегодовое число коек – число коек, свернутых в связи с ремонтом.

Вычисляется среднее число дней работы койки в году с учетом ремонта:

Число койкодней, фактически проведенных больными / число коек, функционировавших в течение года (не закрытых на ремонт).

***Пример.*В**больнице 50 коек, число койкодней, фактически проведенных больными, составило 1250, число койкодней закрытия на ремонт – 4380. Необходимо определить среднегодовую занятость койки с учетом ремонта:

1) среднее число коек, свернутых в связи с ремонтом:

4380 к/дн / 365 = 12 коек;

2) среднее число коек, функционировавших в течение года:

50 коек – 12 коек = 38 коек;

3) среднегодовая занятость функционировавшей койки (с учетом ремонта).

1250 к/дн / 38 коек = 329 дней.

Таким образом, если бы дни ремонта не были учтены, среднегодовая занятость койки была бы всего 250 дней (1250 к/дн / 50 коек = = 250 дней), что говорило бы о большом недоиспользовании коечного фонда в больнице.

Среднее время простоя койки (в связи с оборотом) – это время «прогула» от момента освобождения койки выписанными больными до занятости ее вновь поступившими.

Т = (365 – Д) / Ф,

Где Т – время простоя койки данного профиля в связи с оборотом;

Д – фактическая среднегодовая занятость койки данного профиля; Ф – оборот койки.

***Пример.***Среднее время простоя больничной койки терапевтического профиля в связи с оборотом при среднегодовой ее занятости 330 дней и средней длительности пребывания на койке 17,9 дня составит:

Ф = Д / П = 330 дней / 17,9 дня = 18,4.

Т = (365 – Д) / Ф = (365 – 330) / 18,4 = 1,9 дня.

Простой койки больше данного норматива наносит экономический ущерб. Если же время простоя меньше норматива (а при очень высокой среднегодовой занятости койки Т может принимать отрицательное значение), это свидетельствует о перегрузке стационара и нарушении санитарного режима койки.

[Методика расчета экономических потерь от простоя коек.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-8817-Myetodika-raschyeta-ekonomichyeskikh-potyerjj-ot-prostoya-koyek-Link)

Экономические потери в результате простоя коек вычисляются на основе определения разности между расчетной и фактической стоимостью одного койкодня. Стоимость койкодня вычисляется путем деления расходов по содержанию стационара на соответствующее число койкодней (расчетное и фактическое). При этом исключаются расходы на питание больных и приобретение медикаментов, которые не влияют на величину потерь от простоя коек, так как они производятся только на койку, занятую больным.

Расчетное число койкодней вычисляется на основе оптимальной среднегодовой занятости койки.

***Пример.***Нужно определить экономические потери от простоя коек в детской больнице мощностью 170 коек, если среднегодовая занятость койки составила 310 дней, а расходы по стационару – 280 000 у. е.

1. Определяем число фактически проведенных больными койкодней:

Кф = 170 коек х 310 дней = 52 700 к/дн.

Фактическая стоимость одного койкодня = расходы на стационар (без питания и медикаментов) / Кф = 280 000 у. е. / 52 700 к/дн = 5,3 у. е.

2. Определяем расчетное плановое число койкодней (Кф):

Кф = 170 коек х 340 дней (оптимальная занятость) = 57 800 к/дн.

Плановая стоимость:

Расчетная стоимость одного койкодня = расходы на стационар (без питания и медикаментов) / Кф.

3. Разница между фактической и плановой стоимостью одного койкодня составила:

5,3 у. е. – 4,8 у. е. = 0,5 у. е.

4. Определяем экономические потери от простоя коек:

0,5 у. е. х 52 700 к/дн = 26 350 у. е.

Таким образом, в результате простоя коек больница понесла потери на сумму 26 350 у. е.

***Выполнение плана койкодней по стационару***определяется так:

Число фактически проведенных больными койкодней х 100 / плановое число койкодней.

Плановое число койкодней за год определяется умножением среднегодового числа коек на норматив занятости койки в году. Анализ выполнения плановых показателей работы койки за год имеет большое значение для экономической характеристики деятельности больничных учреждений.

[Методика расчета экономических потерь от недовыполнения плана койкодней.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-8928-Myetodika-raschyeta-ekonomichyeskikh-potyerjj-ot-nyedovypolnyeniya-plana-koyikodnyeyi-Link)

Экономические потери, связанные с недовыполнением стационаром плана по койкодням (Ус), рассчитываются по формуле:

Ус = (Б – ПМ) х (1 – (Кф / Кп)),

Где Б – расходы по смете на содержание стационара;

ПМ – сумма расходов на питание больных и медикаменты;

Кп – плановое число койкодней;

Кф – фактическое число койкодней.

Для упрощенных расчетов Ус можно рассчитать следующим образом:

Ус = 0,75 х Б х (1 – (Кф / Кп)),

Где 0,75 – коэффициент, отражающий среднее соотношение затрат на пустующую койку по сравнению с затратами на занятую койку.

***Пример.***Расходы по бюджету на стационар мощностью 150 коек составляют 4 000 000 у. е., в том числе расходы на питание и медикаменты – 1 000 000 у. е. Среднегодовая занятость койки по нормативу – 330 дней, фактически 1 койка была занята 320 дней. Определить экономические потери, связанные с недовыполнением плана койкодней.

1. Определяем плановое (Кп) и фактическое (Кф) число койкодней:

Кп = 150 коек х 330 дней = 49 500 к/дн,

Кф = 150 коек х 320 дней = 48 000 к/дн.

2. Определяем долю недовыполнения плана:

Кф / Кп = 48 000 к/дн / 49 500 к/дн = 0,97.

3. Рассчитываем экономические потери в связи с недовыполнением стационаром плана койкодней:

Ус = (4 000 000 у. е. – 1 000 000 у. е.) х (1 – 0,97) = 3 000 000 х 0,03 = 90 000 у. е.

Или упрощенно: Ус = 4 000 000 у. е. х 0,75 х 0,03 у. е. = 90 000 у. е.

Таким образом, в связи с недовыполением плана койкодней стационар понес экономические потери на сумму 90 000 у. е.

***Средняя длительность пребывания больного в стационаре***(средний койкодень) определяется как следующее соотношение:

Число койкодней, проведенных больными в стационаре / число выбывших больных (выписанных + умерших).

Средний койкодень колеблется от 17 до 19 дней (см. приложение). Величина этого показателя зависит от типа и профиля больницы, организации работы стационара, тяжести заболевания и качества лечебно-диагностического процесса. Средний койкодень указывает на резервы улучшения использования коечного фонда.

При уменьшении средних сроков пребывания больного на койке затраты на лечение снижаются, одновременно сокращение длительности лечения позволяет больницам при той же сумме бюджетных ассигнований оказать стационарную помощь большему числу больных. В этом случае государственные средства используются более эффективно (так называемая условная экономия бюджетных средств). Она может быть рассчитана по формуле:

Э = Б / Кп х (Пр – Пф) х А,

Где Э – условная экономия бюджетных средств;

Б – расходы по смете на содержание стационара;

Кп – плановое количество койкодней;

Пр – расчетная средняя длительность пребывания в стационаре (норматив);

Пф – фактическая средняя длительность пребывания в стационаре;

А – число больных, лечившихся в стационаре за год.

***Пример.***Расходы по бюджету на содержание терапевтического стационара мощностью 150 коек составили 4 000 000 у. е., среднегодовая занятость койки по нормативу – 320 дней. Расчетная средняя длительность пребывания больного на терапевтической койке – 17,9 дня, фактическая – 15,2 дня. Число больных, лечившихся в стационаре за год, – 2260. Вычислить условную экономию бюджетных средств от сокращения сроков лечения.

1. Определим плановое число койкодней:

Кп = 150 коек х 330 дней = 49 500 к/дн.

2. Рассчитаем условную экономию бюджетных средств:

Э = (4 000 000 у. е. / 49 500 к/дн) х (17,9 – 15,2) х 2260 = 80,8 х 2,7 х 2260 = 493 041,6 у. е.

Таким образом, сокращение средних сроков лечения больных по терапевтическому стационару за год позволило сократить расходы на содержание стационара на 493 041,6 у. е.

[6. Анализ эффективности использования медицинского оборудования.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-9147-6-Analiz-effyektivnosti-ispoljjzovaniya-myeditsinskogo-oborudovaniya-Link)

В условиях страховой медицины началось техническое перевооружение лечебно-профилактических учреждений медицинской техникой. Учитывая высокую стоимость медицинской аппаратуры, особенно импортной, возникла необходимость экономического анализа эффективного ее использования. С этой целью рассчитываются следующие показатели.

*Коэффициент календарного обслуживания:*

Время возможного использования медицинской техники в соответствии с режимом работы ЛПУ / число календарных дней в году (365) х максимально возможное время работы в день (8 ч),

Норматив в среднем – 0,9.

*Коэффициент сменяемости:*

Число фактических часов работы медтехники в год / число максимально возможных часов работы медтехники (по паспортным данным аппаратуры) в год,

Норматив в среднем – 0,6.

***Пример.***Определить коэффициент календарного обслуживания и коэффициент сменяемости для медицинского аппарата ультразвукового исследования (УЗИ), который имеет время максимально возможной работы (по паспорту) – 8 ч, а время фактической работы – 4 ч.

***Коэффициент календарного обслуживания***= 8 ч х 283 рабочих дня в году / 365 = 0,77.

***Коэффициент сменяемости***= 4 ч х283 рабочих дня в году / 8 ч х 365 дней = 0,38.

[7. Анализ финансовых расходов учреждений здравоохранения.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-9219-7-Analiz-finansovykh-raskhodov-uchryezhdyeniyi-zdravookhranyeniya-Link)

Анализ финансовых расходов является одним из важных разделов экономического анализа деятельности учреждений здравоохранения. К числу этих показателей относятся:

1) структура финансовых расходов по учреждению;

2) стоимость лечения в стационаре;

3) стоимость медицинских услуг в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Последние два показателя рассматриваются в соответствующих разделах.

[Методика вычисления показателей.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-9248-Myetodika-vychislyeniya-pokazatyelyeyi-Link)

*Удельный вес затрат на заработную плату по учреждению*(%). Определение расходов проводится путем анализа первичных расходных документов. Большую часть всех расходов в смете занимает заработная плата. Расходы на заработную плату определяют на основе месячных платежных ведомостей.

***Удельный вес затрат на заработную плату:***

Сумма затрат на заработную плату за год х 100 / сумма расходов в целом по учреждению за год.

Удельный вес расходов на заработную плату в учреждениях здравоохранения составляет до 55%, в условиях страховой медицины эта часть расходов может увеличиться до 70%.

Фактические расходы по отдельным статьям сметы учитываются так же, как и расходы на заработную плату.

***Удельный вес расходов на питание больных:***

Расходы по ЛПУ на питание больных х 100 / сумма расходов в целом по учреждению за год.

Удельный вес этих расходов составляет около 9%.

***Удельный вес расходов на медикаменты:***

Расходы по учреждению на медикаменты х 100 / сумма расходов в целом по учреждению за год.

Данный показатель составляет около 10%.

***Удельный вес расходов на оборудование:***

Расходы на оборудование за год х 100 / сумма расходов в целом по учреждению за год.

***Удельный вес расходов на капитальный ремонт:***

Расходы на капитальный ремонт в год х 100 / сумма расходов в целом по учреждению за год.

Показатель в среднем составляет 3,5%. Это не соответствует реальной потребности, что приводит к износу зданий и сооружений.

[8. Анализ использования медицинских кадров.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-9354-8-Analiz-ispoljjzovaniya-myeditsinskikh-kadrov-Link)

Определяя показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами, мы оцениваем имеющиеся возможности для оказания медицинской помощи. Количественные показатели потребления медицинских услуг при дополнении и сравнении их с данными об эффективности служб могут вскрыть недостатки и, наоборот, чрезмерное потребление медицинской помощи, когда в этом нет необходимости. Повышение внимания к рациональному использованию медицинских кадров позволяет обеспечить относительное сокращение расходов на здравоохранение.

Для анализа эффективности использования медицинских кадров лечебно-профилактического учреждения рассчитываются следующие показатели.

***Число медиицнских работников поликлиники на 1000 жителей****=*число медперсонала х 1000 / средняя численность населения.

Аналогично вычисляют показатели численности врачей и среднего медицинского персонала на 1000 жителей данной территории. ***Показатель соотношения численности врачей и средних медработников****=*число медперсонала х 1000 / среднегодовое число средних медработников. Аналогично определяется соотношение числа врачей и среднего медицинского персонала для стационара.

***Число всех медицинских работников на 100 коек =***число медработников в стационаре х 100 / / среднегодовое число коек стационара.

***Число врачей на 100 коек стационара****=*число врачей стационара х 100 / среднегодовое число коек стационара.

***Число среднего медперсонала на 100 коек стационара =***число средних медработников х 100 / среднегодовое число коек стационара.

Показатели экономического анализа деятельности лечебного учреждения необходимо сравнивать в динамике за несколько лет, а также с показателями однотипных учреждений.

[9. Общий экономический ущерб в связи с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-9425-9-Obshchiyi-ekonomichyeskiyi-ushchyerb-v-svyazi-s-zabolyevayemostjjyu-invalidnostjjyu-i-smyertnostjjyu-Link)

Нетрудоспособность в связи с заболеваемостью, инвалидностью, а также преждевременная смерть наносят значительный экономический ущерб национальному хозяйству. Заболевший работник не участвует в общественном производстве и, следовательно, в создании национального дохода. Кроме того, в период нетрудоспособности выплачивается пособие и расходуются средства на лечение.

Таким образом, экономические потери в связи с временной и стойкой утратой трудоспособности слагаются из следующих компонентов:

1) стоимости несозданной продукции, что обусловлено потерей рабочего времени и уменьшением числа работающих с учетом средней величины национального дохода, произведенного одним работающим за один рабочий день;

2) выплат пособий по временной и стойкой нетрудоспособности за счет средств социального страхования и социальной защиты;

3) средств, затраченных на все виды медицинской помощи.

Расчет стоимости медицинского обслуживания проводится путем суммирования:

1) стоимости амбулаторно-поликлинической, стационарной, параклинической и санаторной помощи;

2) стоимости скорой и неотложной помощи, доставки больного на транспортных средствах в стационар;

3) затрат на эпидобслуживание при инфекционных заболеваниях.

Данные о стоимости медицинской помощи, используемые при проведении расчетов, выражены в условных единицах (у. е.):

1) стоимость одного врачебного посещения к любому специалисту в поликлинике составляет в среднем 10 у. е.;

2) стоимость одного клинико-диагностического исследования в поликлинике составляет в среднем 5 у. е.;

3) стоимость пребывания в течение одного дня в больнице составляет в среднем 50 у. е.;

4) размер дневного пособия по временной нетрудоспособности в среднем составляет 15 у. е.;

5) величина национального дохода, произведенного одним работающим в день, составляет в среднем 70 у. е.;

6) величина национального дохода, произведенного одним работающим в год, составляет в среднем 15 000 у. е.;

7) месячный размер пенсии по инвалидности (независимо от группы инвалидности) составляет в среднем 200 у. е.;

8) полная стоимость путевки в санаторий любого профиля составляет в среднем 3000 у. е.

*Стоимость амбулаторно-поликлинической помощи*складывается из стоимости всех:

1) посещений врачей (включая профосмотры) в поликлинике и на дому;

2) диагностических исследований;

3) лечебных манипуляций и процедур.

***Пример.***Больного Д. с диагнозом «пневмония» 4 раза посетил участковый терапевт на дому, было сделано 3 посещения в поликлинику и 2 консультации пульмонолога. За период болезни было сделано 3 анализа крови, 2 анализа мочи, дважды – рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, а также 14 инъекций и 7 сеансов электрофореза.

Ориентировочная стоимость одного врачебного посещения к специалисту любого профиля в поликлинике и на дому составляет в среднем 10 у. е.

Стоимость одного клинико-диагностического исследования, лечебной и физиотерапевтической процедуры – 5 у. е.

Таким образом, стоимость лечения больного Д. с диагнозом «пневмония» будет складываться из стоимости всех посещений врачей, всех параклинических исследований, физиопроцедур и инъекций, что составит:

10 у. е. х 9 посещений + 5 у. е. х 8 исследований + 5 у. е. х 7 физиопроцедур + 5 у. е. х 14 инъекций = 235 у. е.

*Стоимость стационарной помощи*определяется с учетом стоимости одного койкодня и продолжительности пребывания в стационаре.

***Пример.***Больной С. с диагнозом «ревматизм» провел в стационаре 28 дней.

Учитывая, что стоимость пребывания в течение одного дня в стационаре составляет в среднем 50 у. е., стационарная помощь данному больному оценивается следующим образом:

50 у. е. х 28 дней = 1400 у. е.

*Стоимость санаторного лечения*определяется той суммой средств, которая выделяется из фонда социального страхования. Если путевка бесплатная, то стоимость лечения равна полной стоимости путевки, если льготная – сумме, поступившей из средств социального страхования (как правило, от 70 до 90% стоимости путевки).

***Пример.***Больной П. с диагнозом «хронический гастрит» получил льготную 10-ную% путевку в санаторий гастроэнтерологического профиля.

Полная стоимость путевки составляет 3000 у. е. Следовательно, 90%, т. е. 2700 у. е., оплачивается за счет социального страхования. Это и есть стоимость санаторно-курортного лечения для данного больного.

Таким образом, общая стоимость медицинского обслуживания одного больного или группы больных определяется путем суммирования всех компонентов стоимости медицинских услуг.

Расчет потерь, связанных с выплатой пособия по временной нетрудоспособности, производится с учетом средней величины дневного пособия и числа пропущенных рабочих дней. Потери стоимости *несозданной продукции*определяются как результат умножения средней величины национального дохода, произведенного одним работником за один рабочий день, на число пропущенных из-за болезни дней.

В приведенных ниже примерах величины дневного пособия по временной нетрудоспособности и национального дохода, произведенного одним работающим за день, взяты без учета специальности, должности, стажа работы, заработной платы и являются условно среднестатистическими. Кроме того, с учебной целью расчеты производятся с учетом всех пропущенных по болезни дней, включая выходные, тогда как на практике учитываются только рабочие дни.

***Пример.***Длительность нетрудоспособности технолога Н. с диагнозом «язвенная болезнь желудка» составила 44 дня. Из них 6 дней он лечился амбулаторно (было сделано 3 посещения к врачу, 5 клинико-диагностических исследований), затем 28 дней находился в стационаре. После выписки 10 дней наблюдался врачом поликлиники (3 посещения), а затем получил льготную путевку в санаторий и провел там 24 дня, используя при этом очередной отпуск.

Общий экономический ущерб в связи с заболеванием больного Н. вычисляется путем сложения следующих величин:

1) потери стоимости несозданной продукции из-за уменьшения числа дней работы (средняя величина национального дохода в день на одного работающего – 70 у. е., см. приложение):

70 у. е. х 44 дня = 3080 у. е.;

2) величины пособия по временной нетрудоспособности (средняя величина дневного пособия по временной нетрудоспособности – 15 у. е.):

15 у. е. х 44 дня = 660 у. е.;

3) затрат на лечение:

10 у. е. х 6 посещений врача + 5 у. е. х 5 исследований (стоимость амбулаторно-поликлинического лечения) + 50 у. е. х 28 дней (стоимость стационарного лечения) + 2100 у. е. (стоимость санаторно-курортного лечения) = 3585 у. е.

Таким образом, общий экономический ущерб в связи с заболеванием больного Н. составил:

3080 у. е. + 660 у. е. + 3585 у. е. = 7325 у. е.

***Пример.***У инженера 3. заболела дочь 6 лет острым бронхитом. На период ухода за ней матери был выдан на 20 дней листок нетрудоспособности. За время болезни было 7 посещений участкового педиатра, сделано 5 клинико-диагностических исследований, 12 инъекций, 6 сеансов УВЧ.

Общий экономический ущерб в связи с заболеванием ребенка в данном случае рассчитывается путем сложения:

1) затрат на амбулаторно-поликлиническое лечение: 10 у. е. х х 7 посещений + 5 у. е. х 5 исследований + 5 у. е. х 12 инъекций + 5 у. е. х 6 физиопроцедур = 185 у. е.;

2) потерь стоимости несозданной продукции из-за уменьшения числа дней работы матери: 70 у. е. х 20 дней = 1400 у. е.;

3) величины пособия по временной нетрудоспособности в связи с уходом за больным ребенком: 15 у. е. х 20 дней = 300 у. е.

Следовательно, общий экономический ущерб в связи с болезнью данного ребенка составит: 185 у. е. + 1400 у. е. + 300 у. е. = 1885 у. е.

***Пример.***У рабочей В. в течение 15 дней находился на стационарном лечении сын 5 лет с диагнозом «закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга». На весь период госпитализации по решению КЭК матери был выдан листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.

В данном примере общий экономический ущерб в связи с заболеванием ребенка складывается из:

1) потерь стоимости несозданной продукции из-за отсутствия на работе матери:

70 у. е. х 15 дней = 1050 у. е.;

2) величины пособия по временной нетрудоспособности в связи с уходом за больным ребенком: 15 у. е. х 15 дней = 225 у. е.;

3) затрат на стационарное лечение ребенка: 50 у. е. х 15 дней = 750 у. е.

Сумма ущерба в данном случае составит: 10 50 у. е. + 22 5 у. е. + 750 у. е. = 2025 у. е.

*Экономический ущерб вследствие инвалидности*складывается из средств, затраченных на лечение и выплату пенсий по инвалидности, и потерь стоимости несозданной продукции из-за уменьшения числа людей, занятых в производственной деятельности. Кроме того, большое значение имеет неучастие инвалидов (в основном I и II групп) в последующей трудовой деятельности, в связи с чем при расчете экономического ущерба следует учитывать и срок, равный продолжительности оставшегося трудового периода их жизни (до достижения ими возраста, дающего право на получение пенсии по старости: для женщин – 55 лет, для мужчин – 60 лет).

***Пример.***Рабочий Т., перенесший инфаркт миокарда, на протяжении 10 месяцев (240 дней) является инвалидом II группы. Размер ежемесячного пособия по инвалидности – 200 у. е. Затраты на лечение за этот период составили 3000 у. е. Общий экономический ущерб в данном случае слагается из:

1) потерь стоимости несозданной продукции вследствие инвалидности: 70 у. е. х 240 рабочих дней = 16 800 у. е.;

2) выплат пенсии по инвалидности: 200 у. е. х 10 месяцев = = 2000 у. е.;

3) затрат на лечение – 3000 у. е.

Сумма ущерба в данном случае составит 21 800 у. е.

***Пример.***Путевой обходчик Р., 32 лет, получил тяжелую травму, следствием которой явилась ампутация обеих ног. В связи с этим ему пожизненно дана инвалидность I группы и назначена пенсия 200 у. е.

Экономический ущерб вследствие прекращения трудовой деятельности ранее установленного законодательством срока с учетом годового размера пенсии (200 у. е. х 12 месяцев = 2400 у. е.), недоданного национального дохода на одного работающего в год (15 000 у. е., см. приложение) и числа лет, не доработанных до выхода на пенсию по старости (28 лет), составит: 2400 у. е. х 28 лет + 15 000 у. е. х 28 лет = 487 200 у. е.

По аналогичной методике определяется величина *экономического ущерба в связи с преждевременной смертью.*

***Пример.***Альпинистка Л., 23 лет, погибла во время тренировочных сборов.

Экономический ущерб в связи с преждевременной смертью рассчитывается следующим образом:

15 000 у. е. (средний годовой размер несозданного национального дохода) х 32 года (число лет до пенсионного возраста) = 480 000 у. е.

***Пример.***Школьник 3., 10 лет, был сбит автобусом, в результате чего скончался.

В данном примере величина экономического ущерба в связи с преждевременной смертью рассчитывается с учетом того, что трудовая деятельность начинается с 18-летнего возраста и составит:

15 000 у. е. (среднегодовой размер несозданного национального дохода) х 42 года (число лет до расчетного выхода на пенсию) = 630 000 у. е.

[10. Предотвращенный экономический ущерб.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-9813-10-Pryedotvrashchyennyyi-ekonomichyeskiyi-ushchyerb-Link)

Экономическая эффективность здравоохранения определяется не только величиной экономического ущерба от тех или иных случаев заболеваемости, инвалидности, нетрудоспособности, связанной с социальными причинами, но и уменьшением этого ущерба в результате проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на ликвидацию заболеваемости и смертности (внедрения новых методов диагностики и лечения, повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала и т. д.). В этом случае говорят о предотвращенном экономическом ущербе, который складывается из снижения случаев и длительности временной и стойкой нетрудоспособности, смертности, а также уменьшения затрат на медицинскую помощь.

Величина предотвращенного экономического ущерба определяется для больного или группы больных, находящихся на диспансерном наблюдении длительное время (не менее 3 лет), и представляет собой разность между экономическим ущербом первого и каждого последующего года.

[11. Критерий экономической эффективности.](https://ur-consul.ru/Bibli/Myeditsinskaya-statistika-konspyekt-lyektsiyi.html#Q-9829-11-Krityeriyi-ekonomichyeskoyi-effyektivnosti-Link)

***Критерий экономической эффективности определяется путем деления величины предотвращенного экономического ущерба на величину затраченных средств.***

***Пример.***Экономический ущерб в связи с заболеванием швеи О., страдающей хроническим холециститом, в первый год взятия на диспансерный учет составил 7500 у. е., во второй год – 5300 у. е., в третий год – 2600 у. е. Стоимость медицинского обслуживания за время диспансеризации (3 года) составила 3000 у. е.

Величина предотвращенного экономического ущерба составит:

Для первого года: 7500 у. е. – 1500 у. е. = 6000 у. е.;

Для второго года: 7500 у. е. – 5300 у. е. = 2200 у. е.;

Для третьего года: 7500 у. е. – 2600 у. е. = 4900 у. е.;

Итого за 3 года: 2200 у. е. + 4900 у. е. = 7100 у. е.

Стоимость затрат на медицинское обслуживание данного больного за этот период составила 3000 у. е., следовательно:

Критерий экономической эффективности = 7700 у. е. (величина предотвращенного экономического ущерба) / 300 у. е. (стоимость медицинского обслуживания) = 2,37.

Полученный результат означает, что соотношение стоимости затрат и предотвращенного экономического ущерба равно 1 / 2,37, т. е. на 1 у. е. затрат на медицинское обслуживание данного больного получен экономический эффект в размере 2,37 у. е.