УДК 614.255

ЛАПШИНА Лариса Георгиевна

Проректор по экономике Уральской государственной медицинской академии, кандидат экономических наук

Некоторые аспекты ценообразования на услуги, оказываемые медицинскими вузами

Наука сокращает нам опыты
быстротекущей жизни
А.С. Пушкин «Борис Годунов».
1831 г.

Время, когда перестала существовать союзная держава, перевернуло не только привычные устои экономики, перестали существовать священные понятия бесплатного вузовского образования. Пришло время глобальных преобразований, но как всем теперь видно, это время мало оборудовано для нормальной работы.

Уральская медицинская академия входила в рынок вместе со всей Россией, также искала свой путь, свои направления развития, формировала свои экономические традиции. За исторически ничтожно малый временной отрезок наш вуз прошел целый этап, если не сказать эпоху в освоении новой, никем до того не разработанной формы существования в условиях рыночных отношений. Коллектив академии вынужден был адекватно ответить на вызов времени, самостоятельно формировать и воплощать на практике новую систему существования вуза.

Зрелой силы, опыта и знаний администратора, сочетающихся с особым аналитическим мышлением ученого, А.П. Ястребову оказалось достаточно, чтобы при такой экономической и законодательной нестабильности взяться за «реформу вузовского масштаба». Впрочем, вузовского ли?...

Будучи поистине большим ученым-патофизиологом, он и реформы в области экономики медицинского образования решил делать,

опираясь на научные результаты. Сам стал не только основной движущей силой экономических реформ, но и возглавил эти исследования. А в 1996 году стал научным руководителем моей диссертационной работы. Его убежденность в необходимости вести научные исследования в области современной экономики высшей медицинской школы заставила меня заниматься анализом внебюджетной деятельности вуза, что позднее позволило сделать некоторые выводы.

* * *

Развитие рыночных отношений привело к переходу образовательной услуги в сфере высшего образования в товар, в связи с чем появились присущие категории товара признаки — «себестоимость», «стоимость» и «цена» образовательной услуги. Эти термины, в условиях бесплатного для населения образования всех уровней, фактически не использовались. Исключительным заказчиком и потребителем подготовленного вузом врача выступал один и тот же субъект — государство, в лице такого своего органа управления как Министерство здравоохранения. Переход от плановой экономики к рыночной вызвал коренную перестройку системы ценообразования во всех отраслях народного хозяйства. В отличие от экономики производственной сферы и сферы услуг, где был накоплен значительный опыт оценки затрат на производство, экономика высшей школы не имела должной научно-методической базы в области ценообразования.

Возросшее значение ценообразования с начала девяностых годов определялось такими факторами, как экономическая нестабильность, неблагоприятная динамика государственного финансирования высшего образования и здравоохранения, а значит, и снижение покупательской способности основных потребителей образовательных услуг медицинского вуза. Поэтому в современных экономических условиях у вузов появляется необходимость рассматривать цену на свои услуги как результат функционального взаимодействия комплекса ценообразующих факторов. Это предполагает, что цена должна формироваться с учетом рыночных представлений о той потребительской ценности, которую услуги медицинского вуза имеют для потребителей.

Представляется необходимым в качестве ценообразующего инструментария ввести систему коэффициентов, которая позволяет найти оптимальное соотношение между спросом и предложением, дает воз-

можность наиболее полного и точного учета факторов, влияющих на цену, найти выгодный объем выполнения услуг.

Предлагаемая система коэффициентов включает повышающие и понижающие коэффициенты.

I. Повышающий коэффициент, учитывающий престиж вуза

Для обоснования применения данного коэффициента можно воспользоваться отраслевым рейтингом. С этой целью наиболее удобно подразделить все медицинские вузы на несколько групп, в зависимости от занимаемого ими места в отраслевом рейтинге.

Так, итоговый рейтинг медицинских вузов за 1995 год выделил восемь групп вузов. Представляется возможным предложить следующую формулу данного коэффициента.

$$K_{\text{престижности вуза}} = \frac{A}{B},$$

где А — среднее значение рейтинга группы определяемого вуза,

В — среднее значение рейтинга для группы с минимальным значением рейтинга.

Рассчитаем по предложенной формуле К престижности Уральской государственной медицинской академии, входящей в V группу итогового рейтинга.

$$K_{\text{престижности УГМА}} = \frac{0{,}480}{0{,}240} = 2{,}0$$

В целом по медицинским вузам России значение коэффициента престижности находится в границах от 1 до 4, их конкретные размеры в зависимости от группы рейтинга представлены в *табл. 1.*

Практическая ценность коэффициента престижности вуза состоит в первую очередь в том, что он позволяет потребителю опосредованно сопоставить цену и качество получаемых в данном вузе образовательных услуг, причем в сравнении с другими медицинскими вузами.

II. Коэффициент, учитывающий популярность специальности

При определении цены для каждой специальности следует учитывать не только различия в затратах на обучение по ним, но и раз-

Таблица 1

Коэффициент престижности медицинских вузов России по группам итогового рейтинга 1995 года

Наименование групп	А	В	Коэффициент престижности
I	0,96	0,24	4,0
II	0,72	0,24	3,0
III	0,64	0,24	2,66
IV	0,54	0,24	2,33
V	0,48	0,24	2,0
VI	0,40	0,24	1,66...
VII	0,32	0,24	1,33...
VIII	0,24	0,24	1,0

личия в спросе на врачей разных специальностей на сформировавшемся рынке.

Для расчета этих коэффициентов можно использовать сложившееся соотношение бюджетных и контрактных студентов по всем специальностям.

Так, по состоянию на 01.01.98 г. по УГМА такое соотношение представлено следующими данными (*табл. 2*).

Таблица 2

Факультет	Количество студентов,обучающихся		
	на бюджетном финансировании	по контракту (на платной основе)	соотношение
Лечебный	2198	322	6,8
Санитарно-гигиенический	216	18	12
Стоматологический	512	80	6,4
Педиатрический	341	26	13,11
ИТОГО	3267	446	7,3

Как видно из таблицы, среднее значение такого соотношения составляет 1 : 7,3, обозначим его «**D**», а соотношение по интересующей конкретного потребителя специальности «**L**». В таком случае формула коэффициента, регулирующего спрос на специальности, может быть представлена в виде следующей формулы:

$$К_{спец.} = \frac{D}{L}$$

Данный коэффициент может быть как понижающим (по трудно-комплектуемым специальностям), так и повышающим (по специальностям, пользующимся особым спросом у потребителя).

По представленному конкретному примеру, по Уральской государственной медицинской академии данный коэффициент выразился в следующих значениях:

— по лечебно-профилактическому факультету	1,07
— по стоматологическому факультету	1,1
— по педиатрическому факультету	0,56
— по санитарно-гигиеническому факультету	0,6

Через использование данных числовых значений появляется возможность проявиться рыночному механизму ценообразования.

III. Коэффициент усложненности подготовки по определенным специальностям

Основная величина стоимости подготовки врача-специалиста должна определяться спецификой медицинского вуза и учитывать затраты по приобретаемой специальности. Пока редко еще в каких вузах определяют стоимость подготовки врача, учитывая его специальность на всех этапах обучения. Она значительно разнится. Так, наиболее затратные специальности в медицинских вузах — стоматология и фармакология, наименее — экономика и организация здравоохранения, специальности санитарно-гигиенического профиля. Сумма общих издержек по вузу и нормативной рентабельности на них может служить в данном случае лишь базовой ценой. Еще чаще с различиями в стоимости подготовки медицинские вузы сталкиваются на этапах постдипломной подготовки. В настоящее время номенклатура врачебных специальностей, по которым медицински-

ми вузами осуществляются те или иные виды подготовки, насчитывает 72 наименования, причем из года в год их число имеет тенденцию к увеличению.

Подготовка по всем 72 специальностям на этапе постдипломной подготовки имеет свою величину затрат, которая определяется сложностью технологии обучения. Безусловное лидерство по затратам на подготовку на постдипломном этапе среди всей номенклатуры врачебных специальностей занимают в современных условиях нейрохирургия, урология, сосудистая хирургия, кардиохирургия, то есть специальности хирургического профиля с высоким уровнем лечебных технологий.

Следует признать, что расчеты стоимости подготовки по всем специальностям по затратному методу с достаточной степенью точности слишком громоздки и требуют учета многих составляющих, чтобы пользоваться им в реальном процессе ценообразования. На наш взгляд было бы целесообразным рассчитать *коэффициенты усложненности* по всем основным специальностям или группам, по которым проводится подготовка врача в медицинском вузе.

В основу этих коэффициентов закладываются дополнительные затраты на учебное оборудование для одних специальностей, стоимость учебных технологий для других, необходимость обучения в группах с меньшей наполняемостью для третьих. Значение коэффициента усложненности определяется по принципу: чем выше сумма дополнительных затрат, тем выше коэффициент усложненности. Условно можно принять стоимость подготовки по специальностям врача-терапевта и педиатра за условную 1 (единицу), что будет соответствовать базовой цене, тогда подготовка акушера-гинеколога и хирурга — 1,3; нейрохирурга и уролога — 1,5; стоматолога — 1,7; экономика и управление здравоохранением — 0,8 и так далее.

Приведенные коэффициенты являются весьма условными, так как расчет таких коэффициентов должен быть целью самостоятельного исследования.

IV. Региональный коэффициент

Действие рыночного механизма ценообразования в сегодняшней ситуации реальнее всего проявляется при необходимости учета уровня цен медицинских вузов определенного региона. Так, Ураль-

ская государственная медицинская академия учитывает уровень цен медицинских вузов Уральского региона.

Выяснение ситуации с ценами на образовательные услуги медицинских вузов по региону в целом необходимо, так как оно позволяет сделать важные хозяйственные выводы.

При установлении вузом цены намного выше средней цены по региону, хотя и обоснованной, он рискует потерять часть потенциального контингента обучаемых на платной основе. Поэтому для практического ценообразования целесообразно применять региональный коэффициент. Его значение зависит от средней величины стоимости обучения по медицинским вузам того или иного региона. Его можно рассчитать по следующей формуле:

$$К_{регион.} = \frac{С_{ср.}}{С_{вуза}},$$

где Сср. — среднее значение стоимости обучения, сложившееся по определенному региону, Свуза — стоимость обучения по искомому вузу.

Региональный коэффициент может быть только понижающим, то есть его могут применять только медицинские вузы, стоимость образовательных услуг которых сформировалась выше, чем среднее значение цен на аналогичные услуги по региону.

Применение данного коэффициента, несмотря на компромиссный характер влияния на цену, позволит вузу не только сохранить потребителя своей области, но и при удачном стечении прочих экономически значимых обстоятельств может обеспечить экспансию образовательных услуг медицинского вуза и в другие области данного региона.

Основным фактором при использовании в ценообразовании предлагаемой системы коэффициентов являются не издержки вуза, а восприятие значимости образовательной услуги потенциальным потребителем. В этом смысле все коэффициенты являются взаимодополняющими. При этом медицинский вуз должен исходить из того, что потребитель определяет соотношение между ценностью образовательной услуги и его ценой и сравнивает ее с такими же показателями для аналогичных услуг, оказываемых другими медицинскими вузами.

Процесс рыночного ценообразования предусматривает обязательное наблюдение за отношением потребителей на установление цены с целью своевременной корректировки ценовых решений.

Затронутые аспекты наглядно иллюстрируют основные проблемы практического ценообразования, свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших разработок в этой отрасли.

* * *

Наша статья печатается в сборнике с названием «Очерки экспериментальной патофизиологии» и, казалось бы, должна по своей тематике вносить определенный диссонанс в его содержание. Между тем, адаптируя некоторые экономические проблемы к медицинской терминологии, сегодняшнюю экономику медицинского вуза нельзя признать физиологической, она явно находится в патофизиологической сфере, а сохранение определенной стабильности существования высшей школы требует экспериментальных поисков приемлемых экономических решений.

Литература

1. *Лапшина Л.Г.* Формирование внебюджетных источников финансирования медицинского вуза в условиях становления рыночных отношений. Автореферат на соискание ученой степени к.э.н., 1998.

2. *Ястребов А.П., Лапшина Л.Г., Созонова Г.С.* Об опыте развития внебюджетной деятельности в УГМА. // Журнал «Уральское медицинское обозрение. Здравоохранение Башкортостана» — совместный выпуск, 1998. — № 21–22. — С. 64–67.

3. *Лапшина Л.Г., Созонова Г.С.* О состоянии и направлениях работы Уральской государственной медицинской академии с территориальными административными субъектами в области подготовки врачебных кадров (на примере Северного административного округа Свердловской области). // Материалы конференции «Практические мероприятия по профилактике патогенного воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения», 1998. — С. 114–117.