ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....3

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ФИНАНСВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ.....6

1.1. Содержание и особенности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации.....6

1.2. Особенности финансового обеспечения здравоохранения в зарубежных странах.....14

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ.....21

2.1. Анализ организации финансового планирования потребления денежных средств учреждениями здравоохранения на примере Московской области…21

2.2. Анализ исполнения финансовых планов учреждения здравоохранения на примере Московской области.....31

ГЛАВА 3. ПУТИ СОВЕРШЕНСТОВАНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ. 36

3.1. Финансовые проблемы развития здравоохранения в России.....36

3.2. Способы повышения эффективности финансирования здравоохранения в России..... 41

ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... 49

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....52

ПРИЛОЖЕНИЯ..... 55

ВВЕДЕНИЕ

В Федеральном законе от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», понятие здравоохранения определено как отрасль, целью которой является обеспечение медицинским обслуживанием населения страны. С точки зрения структуризации, здравоохранение представляет собой интеграцию политических, экономических, социальных, санитарных, гигиенических и прочих мер, направленных на сохранение психического и физического здоровья личности.

Согласно 41 статье Конституции РФ - каждый человек имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Кроме того, в статье отмечено, что: «В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию».

Сложившаяся геополитическая обстановка в мире, оказывает влияние, на текущую экономическую политику проводимую в России, направленную, в первую очередь на укрепление национальной обороны, осуществляемую за счет сокращения расходов на жилищно-коммунальное хозяйство, образование и здравоохранение. Так, за 4 года (с 2011г. по 2015г.), сокращение расхода из государственных источников на нужны здравоохранения, сократилось на 0,7%. Таким образом, в 2015 году расходы на здравоохранения составили 3,2% к ВВП, вместо планируемых в 2010г. 4,5%.

Несмотря на то, что в России система финансирования здравоохранения является многоканальной, эффективность использования средств является недостаточной. По оценкам экспертов Всемирной

организации здравоохранения, порядка 30% финансовых ресурсов используются неэффективно.

Неэффективность сложившейся многоканальной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения, директивная система планирования, не учитывающая потребность населения в конкретных видах медицинской помощи, и, как следствие, несбалансированность территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, неудовлетворительная структура оказываемой населению медицинской помощи препятствуют эффективности использования ресурсов в отрасли и повышению качества предоставляемой населению медицинской помощи. Таким образом, мероприятия по совершенствованию финансового обеспечения здравоохранения необходимо осуществлять только во взаимосвязи с модернизацией экономических отношений субъектов системы здравоохранения. **Актуальность работы** обусловлена необходимостью анализа существующих проблемы в сфере финансового обеспечения здравоохранения в России, и поиска их решения.

Цель дипломной работы – разработать методические рекомендации по повышению эффективности финансирования здравоохранения в РФ. Для достижения цели, необходимо решить следующие **задачи:**

1. Определить содержание и особенности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации;

2. Раскрыть особенности финансового обеспечения здравоохранения в зарубежных странах;

3. Провести анализ организации финансового планирования потребления денежных средств учреждениями здравоохранения на примере Московской области;

4. Изучить особенности исполнения финансовых планов учреждения здравоохранения на примере Московской области;

5. Выделить финансовые проблемы развития здравоохранения в России;

6. Разработать реклмендации по повышению эффективности финансирования здравоохранения в России.

Объект исследования – система здравоохранения в России.

Предмет исследования – особенности организации финансового обеспечения здравоохранения в России.

Методы исследования: анализ литературы, анализа нормативно-правовой документации по теме дипломной работы, анализ документов и др.

Практической значимостью работы, является возможность использования разработанных способов повышения эффективности финансирования здравоохранения в РФ, основанных на анализе существующих проблем.

Структура дипломной работы представлена введением, тремя главами, заключением, списком литературы и двумя приложениями.

В первой главе дипломной работы представлены основные модели финансирования здравоохранения, действующие в разных странах. Установлена их эффективность и динамика изменения. Кроме того, в этой главе показано становление и изменение существующей картины финансирования здравоохранения в России.

Вторая часть работы раскрывает особенности финансирования и эффективность использования средств на примере МО «Домодедовская центральная городская больница» в период с 2013 по 2015гг.

Третья часть работы посвящена определению проблем, связанных с системой финансирования здравоохранения в России, а так же названы основные способы решения сложившихся проблем.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ФИНАНСВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ

1.1. Содержание и особенности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации

Для того, что бы определить особенности организации финансового обеспечения в стране, необходимо выделить основные направления функционирования отрасли. На сегодняшний день в России, система здравоохранения представлена следующими подотрослями:

- государственной;
- муниципальной;
- частной.

Важно понимать, что в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, медицинская помощь гражданам РФ оказывается бесплатно [приказ 2014]. Оказание бесплатных услуг осуществляется за счет нескольких направлений финансирования, представленных на Рис. 1.



Рис. 1. Пути финансирования государственных и муниципальных медицинских учреждений в России

Несмотря на разнообразие существующих путей финансирования, сложившая система является неэффективной. По словам Е.И. Савиновой, именно неэффективность финансирования и правовое регулирование этого вопроса, выступают ключевым фактором общей неустойчивости системы обеспечения здоровьесбережения и медицинскую помощь в России [Савинова].

Однако не всегда система здравоохранения финансировалась по остаточному принципу. Модель, существующая во времена СССР, строилась как компонент инфраструктуры индустриального производства, и фиксировалось за счет ведомственных и номенклатурных отраслей, поглощающих около 50% всего бюджета. Поэтому, здравоохранение являлось благополучной отраслью и имело одни из самых высоких показателей в мире [Кораблев].

После распада Советского союза произошла децентрализация системы здравоохранения. В связи с повсеместным недостатком средств, охрана здоровья переживала глубокий кризис: больницам было не на что лечить больных, большая доля населения не имела возможности приобретать лекарства. Возникла чрезвычайно острая необходимость в реформах. В условиях экономической катастрофы начала 1990-х здоровье населения стремительно ухудшалось, сокращалась средняя продолжительность жизни. Вводилось обязательное медицинское страхование как альтернатива бюджетной системе здравоохранения. Начали происходить коренные сдвиги: появилось множество частных клиник, закупалось высокотехнологичное оборудование. Однако так и не были решены проблемы, связанные с низким финансированием отечественного здравоохранения. Реформы здравоохранения того времени были направлены на децентрализацию, на поиски новых источников финансирования [Чубарова].

Главной новацией в этих реформах стала система обязательного медицинского страхования (ОМС). Для России, страдавшей регулярными дефицитами бюджета, введение ОМС, опирающегося на взносы из фонда оплаты труда, стало полезным дополнительным источником финансирования. Новое министерство здравоохранения также проводило ряд образовательных и административных реформ, начало подготовку врачей общей практики. Часты были случаи предоставления самостоятельности медицинским учреждениям, был изменен подход к оплате труда работников в данной сфере. Главной целью реформ была реабилитация всей системы здравоохранения, переход к её эффективному функционированию в новой рыночной экономике.

При разработке реформ важнейшей задачей было обеспечить население основными медицинскими услугами. Предполагалось, что подобная реорганизация системы позволят достичь экономии достаточного количества средств, чтобы обеспечить хотя бы минимальные потребности населения. Как видно из Рис. 2., начиная с 1994г. доля частных инвестиций в здравоохранение значительно выросла [Шишкина].



Рис. 2. Государственные и частные расходы на здравоохранение в ценах 1994г., млрд. руб.

Таким образом, правительство продолжает путь реформ в направлении к смешиванию систем государственного и частного страхования, постепенно уменьшая долю финансирования здравоохранения из бюджета.

В связи со сложившейся тенденцией важно определить возможности частного финансирования здравоохранения, существующего в России. Частное финансирование осуществляется за счет индивидуальных доходов граждан, а так же средств работодателей.

Индивидуальные доходы граждан позволяют приобретать полис ОМС для себя и для членов своей семьи, и при их использовании освобождают владельцев от оплаты медицинской помощи, однако, в частных случаях предполагают оплату незначительных соплатежей.

Добровольное медицинское страхование осуществляют частные страховые организации, действующие на коммерческой основе. Для частной системы финансирования здравоохранения характерна сильная конкуренция между страховщиками. Они предлагают различные виды страховых программ, имеющих разную стоимость и разные условия оказания медицинской помощи.

На стоимость страховки и ее покрывающую способность оказывает влияние ряд факторов:

1. Виды и объемы предполагаемых медицинских услуг;

2. Возраст страхующихся;

3. Перенесенные ранее заболевания.

Чем выше стоимость страховки, тем больше возможностей в оказании медицинских услуг получает застрахованный. Например, дорогие страховки предусматривают право застрахованного лица обращаться к любому врачу и быть госпитализированным в больницу по его собственному выбору. Другие страховки, имеющие меньшую цену, ограничивают такие возможности.

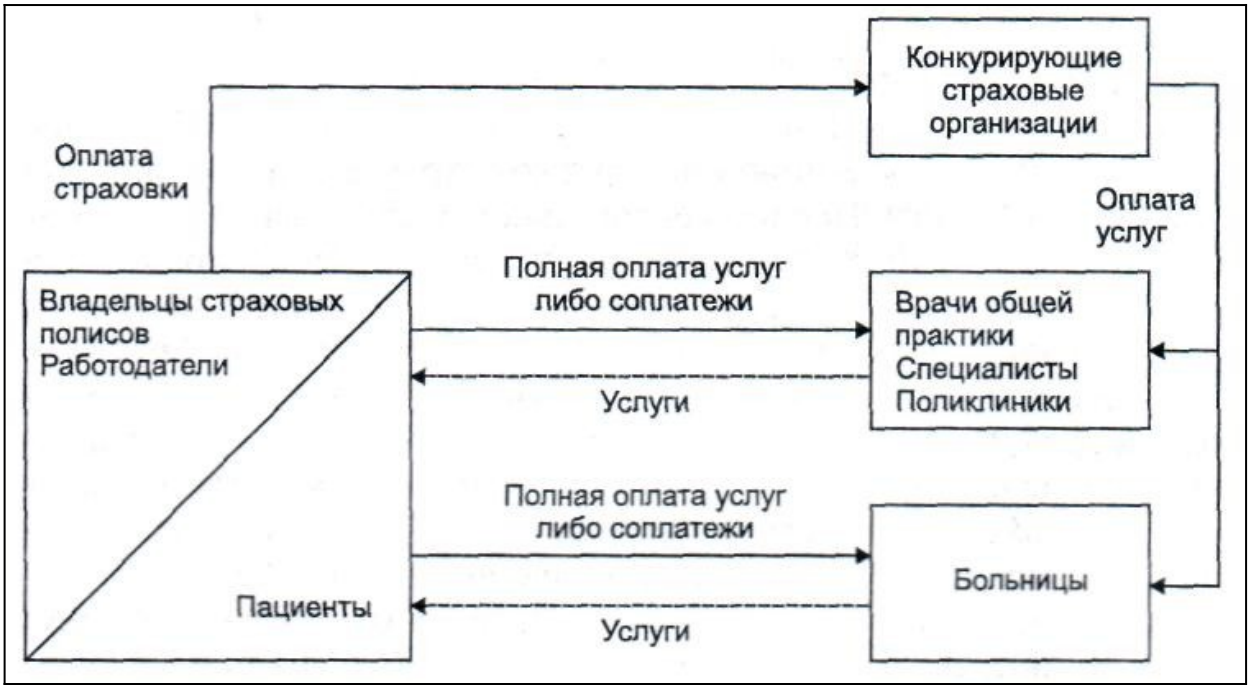

Рис. 3. Система частного финансирования здравоохранения

Страховые медицинские организации аккумулируют взносы застрахованных и из этих средств оплачивают их лечение. Разница между суммой собранных взносов и расходами на оплату услуг врачей и медицинских организаций и на ведение страхового дела составляет прибыль страховщиков [Гришин].

Страхование неработающего населения может производиться двумя способами:

1. Первый способ состоит в том, что вместе с работающими страхуются неработающие члены их семей, и соответственно суммы, уплачиваемые работающими или работодателями, выступают страховыми взносами за работающих и за членов их семей.

2. Второй способ заключается в том, что страховые взносы за неработающее население выплачиваются из средств государственного бюджета или внебюджетных фондов. Например, взносы за лиц старше

трудоспособного возраста перечисляются пенсионными фондами, а за безработных — фондами занятости.

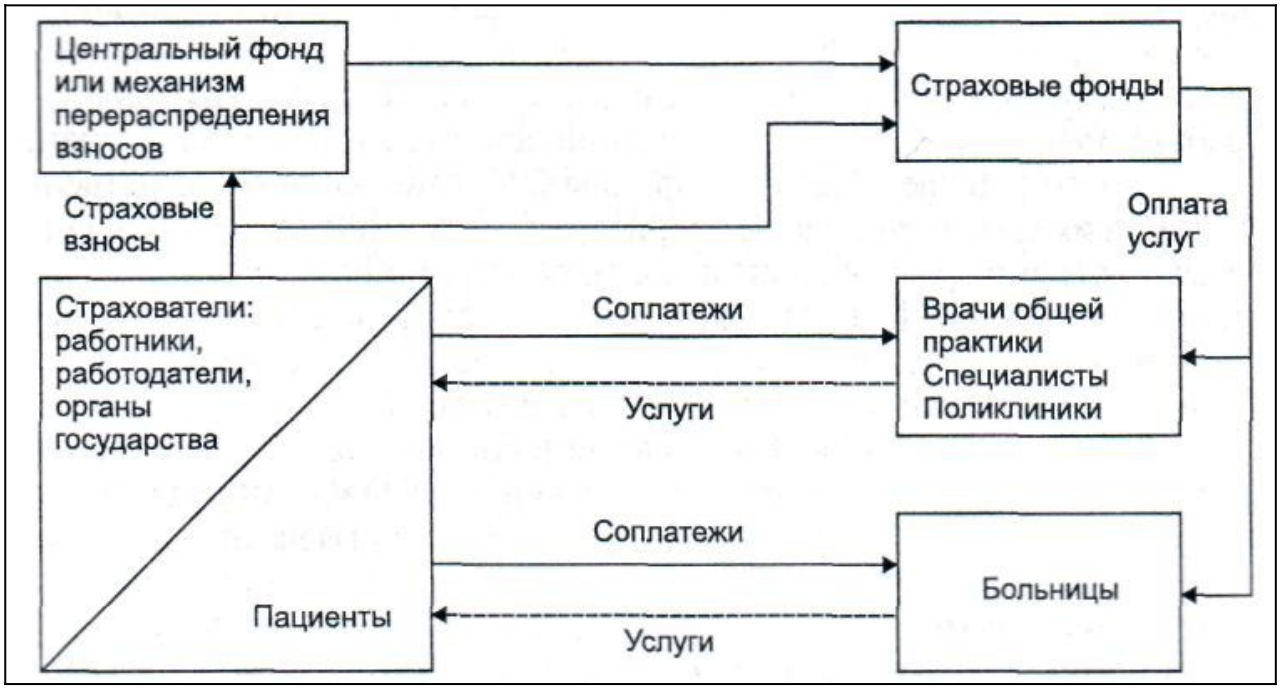

Рис. 4. Система обязательного медицинского страхования

Перечень видов и объемы медицинской помощи, получение которых гарантируется застрахованным в системе ОМС, определяются государством в национальной программе ОМС. Эти обязательства увязываются с размерами страховых взносов, которые обычно устанавливаются законодательным путем. Страховщики имеют право предлагать своим клиентам более широкую программу ОМС и соответственно устанавливать более высокие размеры взносов.

В обязательном медицинском страховании, в отличие от добровольного, размеры взносов не связаны напрямую с оценкой индивидуального риска заболеваемости и с объемом медицинской помощи, которую застрахованный может получить. Размеры страховых взносов увязываются с величиной прогнозируемых расходов в общегосударственном масштабе — в расчете на все категории застрахованного населения. При этом возникает проблема неравенства возможностей финансирования

медицинской помощи застрахованным в разных страховых фондах. Страховщик в системе ОМС обязан страховать всех лиц, живущих на данной территории или имеющих определенную профессию независимо от их возраста и здоровья [Миняев].

В системах ОМС применяются два альтернативных механизма решения проблемы выравнивания финансовых условий деятельности страховщиков.

Первый механизм: взносы на ОМС полностью или в определенной части направляются в специальный центральный фонд. Государство может также предоставлять этому фонду дополнительные субсидии. Фонд финансирует каждого страховщика в зависимости от количества застрахованных и характеристик рисков их заболеваемости. Финансирование осуществляется по подушевым нормативам, значения которых рассчитываются по единой формуле и отражают различия в возрастной структуре застрахованных и структуре их заболеваемости.

Второй механизм: ответственность за перераспределение страховых взносов возлагается на одну из страховых компаний. Обычно это та, которая страхует наибольшую долю населения. Все остальные страховщики направляют установленную законодательством долю собранных ими взносов на специальный счет указанной организации. Далее эти средства перераспределяются между всеми страховщиками также в зависимости от количества и структуры застрахованных.

В системе ОМС страховщики несут ответственность за предоставление и оплату медицинской помощи застрахованным и обеспечивают решение этой задачи, заключая контракты с производителями медицинских услуг: частнопрактикующими врачами и медицинскими организациями, которые могут иметь разные формы собственности.

Финансирование медицинской помощи населению осуществляется из средств государственного бюджета, формируемых за счет общего налогообложения. В отдельных странах в качестве источника финансовых

средств для здравоохранения используются закрепленные налоговые поступления.

В 2013 году В.В. Путин потребовал от Минздрава пересмотреть маары по системе организации медицинского обслуживания в стране [Питер]. Президент страны определил, что главным направлением финансирования, должна стать система ОМС. По словам В.В. Путина, проблема существующей системы ОМС связана с недостаточностью исполняемых функций. Действительно, сегодня существующие системы ОМС являются посредниками передачи финансовых средств и не несут ответственности за предоставляемые медицинские услуги.

Позднее, 2014 году Владимир Гришин, первый директор Федерального фонда ОМС, представил концепцию системы персональных медицинских счетов. Согласно данной концепции, в открытии персонального медицинского счета застрахованного, пополнять который могут:

- сам застрахованный;

- государство;

- работодатель.

Вместо полиса ОМС, гражданин РФ получает пластиковую карту, в которой отражена информация об истории болезни, платежах и списаниях.

При этом средства, представленные на счете, делятся на 2 части (Рис.5.).



Рис. 5. Варианты использования средств полиса ОМС, согласно концепции В. Гришина

Кроме того, тарифы на услуги предоставляемее медицинскими учреждениями, будут контролироваться государством. Размер ежегодного платежа планируется определить как сумму в 30000 рублей. По словам специалистов, сегодня примерная сумма, выделяемая на 1 пациента, проходящего лечение, составляет 19000 рублей.

Анализ особенностей организации финансирования здравоохранения в России позволил определить его основные направления. Финансирование осуществляется из нескольких источников, а именно: федеральный и региональный бюджет, а так же Фонд обязательного медицинского страхования. Важно отметить, что с течением времени объемы финансирования из государственного бюджета постепенно сокращается, что обусловлено изменением в структуре экономической политики страны. Сегодня, на первое место выходят доходы Фонда ОМС, поддерживаемого политикой Президента РФ.

1.2. Особенности финансового обеспечения здравоохранения в зарубежных странах

Несмотря на многообразие конкретных форм организации системы охраны здоровья населения, специфику экономических отношений в этой сфере жизнедеятельности общества, можно все же выделить ряд параметров, отражающих общность развития, присущую разным странам.

К числу таких параметров, выражающих основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики, можно отнести:

– отношения собственности;

– способы финансирования (получения ресурсов);

– механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);

– формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной системой экономических, политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране [Шишкин].

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами. Все зависит от того, что лежит в основе классификации той или иной системы здравоохранения.

Так с точки зрения социально-политической структуры общества условно выделяют пять типов систем здравоохранения:

1) классическая (неупорядоченная);

2) плюралистическая;

3) страховая;

4) национальная;

5) социалистическая.

Экспертами Всемирной Организации Здравоохранения ВОЗ, предложена классификация, по которой различается три первичных типа систем здравоохранения:

1 – государственная, или система Бевериджа;

2 – система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка;

3 – негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения.

Иными словами, данная типология основана на роли и функциях государства, в процессах организации финансового обеспечения.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям. Однозначных

общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров дается специалистами, в общем, одинаково.

В первой из них – платной медицине, на первое место выходят рыночные принципы, осуществляемые путем использования страхования частными организациями. Данная модель представлена в большинстве своем в развитых странах, в частности в США.

Вторая – государственная, получает финансирование из бюджета государства. При этом бюджет государства пополняется за счет налогов предприятий и населения. Население страны в этом случае, практически полностью получает бесплатные медицинские услуги. Данная система представлена в большинстве развивающихся стран: Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.).

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии [Кучеренко].

Однако в основе выделения перечисленных моделей лежит не только роль государства, но также понимание и определение "товара" в сфере здравоохранения.

Хотя основной целью здравоохранения является именно здоровье человека, попытка рассмотреть его в качестве товара очень проблематична. И прежде всего потому, что оно плохо измеримо и трудно поддается оценке в деньгах. Но самое главное, если бы такая оценка здоровья человека в денежном выражении была найдена, то именно она стала бы определять цену человеческой жизни.

Фактически эта цена неявным образом присутствует, например, в расчетах, связанных с безопасностью жизнедеятельности, в военной медицине (при определении приоритетов в оказании медицинской помощи). Однако, явное определение цены здоровья человека, а, следовательно, человеческой жизни, противоречит традициям, культуре и с учетом явно недостаточной ее обоснованности серьезно и справедливо критикуется. В связи с этим в качестве товара предлагается рассматривать медицинские услуги, а систему здравоохранения определить как организованную деятельность, в ходе которой осуществляется производство этих услуг.

Описанные ранее модели организации здравоохранения по-разному учитывают специфику медицинской услуги как товара. И этот фактор является не менее важным, чем роль государства, для выделения различных типов организации системы здравоохранения. Существует более развернутый вариант классификации [Шолпо].

1) «Универсалистская модель» (Великобритания, Ирландия, частично Дания) - национальная система здравоохранения, финансируемая в значительной части за счет общего налогообложения. Медицинское обслуживание осуществляется в основном в государственных медицинских учреждениях (больницах) наемными служащими либо привлеченными по контракту работниками (первичная медицинская помощь, стоматология, фармацевты).

2) «Континентальная модель» (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург) - финансирование посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных

фондов, которые составляют примерно 3/4 совокупных расходов на здравоохранение.

3) «Южная модель» (Испания, Португалия, Греция и частично Италия) - финансирование системы здравоохранения в значительной степени за счет взносов из фондов занятости. Медицинское обслуживание осуществляется государственными и частными медицинскими учреждениями.

4) «Скандинавская модель» (Швеция, Финляндия и Дания) - финансирование здравоохранения в этих странах обеспечивается в основном за счет подоходного налога (взимаемого как на национальном, так и местном уровне), причем размер выплачиваемых пособий напрямую зависит от заработка. Медицинские услуги оказываются как государственными, так и частными лечебно-профилактическими учреждениями.

5) «Преимущественно частная модель» (США) - финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет частных и, в значительно меньшей степени, государственных источников, причем оказание медицинской помощи осуществляется частными производителями медицинских услуг.

6) «Модель, используемая в странах с переходной экономикой» (страны Восточной Европы, некоторые страны СНГ, включая Россию) - финансирование, сочетающее элементы государственной и страховой медицины; постепенное внедрение института оказания платных медицинских услуг.

Рассматривая роль государства в финансировании здравоохранения, необходимо определить, величину национального расхода в процентах от ВВП (таблица 1).

Таблица 1

Страны мира по уровню расходов на здравоохранение в 2014г.

Место	Страна	Расходы (% от ВВП)
1	США	17
2	Нидерланды	13
3	Сьерра-Леоне	12
4	Франция	12
5	Швейцария	12
6	Германия	11
7	Бельгия	11
8	Австрия	11
9	Канада	11
10	Мальдивы	11
91	Россия	7

Как видно из полученной таблицы, Россия занимает в рейтинге стран только 91 место с показателем 7% от ВВП [ГУМЭНЦЕКЛОПЕДИЯ].

Итак, в основе каждой из рассмотренных моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения. Отношение к медицинской услуге как к частному, общественному или квазиобщественному благу определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда людей, занятых в этой сфере.

Теоретический анализ сложившихся в разных странах систем здравоохранения. Классификация моделей основана на признаке источника финансирования. Одна из моделей, действующих в Великобритании – государственная, в которой основные расходы, связанные с обеспечением медицинского обслуживания несет государство. Рыночная модель организации здравоохранения, действующая в США, характеризуется тем, что медицинское обслуживание – выступает товаром и продается.

Последняя, самая популярная модель – социально-страховая, действующая в Германии, Франции, Японии и других странах. Она основана, преимущественно, на страховых взносах, организованных самими людьми или их работодателями.

Россия так же относится к модели с социально-страховым типом финансирования. Однако, как в нашей стране, так и в других государствах, система финансирования здравоохранения теряет свою эффективность, что приводит к общему ухудшению показателей качества оказываемых медицинских услуг. Именно поэтому, важной задачей, стоящей перед современной системой здравоохранения России и другими странами мира, является достижение равного доступа к полному спектру медицинских услуг для каждого индивида.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

2.1. Анализ организации финансового планирования потребления денежных средств учреждениями здравоохранения на примере Московской области

Финансово-хозяйственная деятельность бюджетных организаций здравоохранения может анализироваться как в целом, так и в разрезе отдельных составляющих ее процессов. Организациям, финансируемым из бюджета, присущ целый ряд характерных особенностей, которые необходимо принимать во внимание при анализе финансово-хозяйственной деятельности.

Бюджетные организации расходуют государственные средства по целевому назначению, что предполагает строгое соблюдение финансовой дисциплины. Основным плановым финансовым документом, в котором отражаются объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, выделяемых из бюджета на содержание учреждения, выступает смета расходов. Зафиксированные в сметах ассигнования являются предельно допустимыми, расход сверх этих сумм не допускается. Форма сметы, основные показатели, по которым она составляется, нормы и расценки для определения размера расходов сообщаются вышестоящими организациями. В процессе анализа учитываются особенности содержания

смет в бюджетных учреждениях, обусловленные различиями в сущности расходов и порядке их формирования. Выделяемое финансирование и экономное расходование средств учреждения во многом предопределяются своевременным утверждением сметы и точностью расчетов содержащихся в ней показателей. Важное значение имеет тщательность выполнения поквартального распределения утвержденных по смете ассигнований, а также учет вносимых в смету изменений. Действующим порядком предусмотрена поквартальная корректировка сметы в связи с инфляцией.

В ходе финансирования бюджетных учреждений систематически контролируется правильность использования выделенных по смете ассигнований. Организация текущего финансирования бюджетных учреждений невозможна без рассмотрения месячных и квартальных отчетов, поскольку на их основе может быть выявлено выполнение плана по штатам и контингентам и освоение ранее перечисленных средств.

Товарно-денежные отношения в непроизводственной сфере носят в основном односторонний характер. Бюджетные организации оказывают большой спектр разнообразных общественно значимых услуг и выполняют работы, которые оплачиваются не потребителем, а из государственного бюджета на безвозвратной основе. Это ослабляет контроль за качеством функций, выполняемых бюджетной организацией, а также за эффективностью использования выделенных денежных средств. Формирование стоимости (цены) услуг бюджетных учреждений осуществляется в основном директивным методом, исходя не столько из реальной величины затрат, сколько из возможностей бюджета. Финансовое положение бюджетных организаций, состояние их расчетов с дебиторами и кредиторами в значительной степени зависят не от количества и качества услуг, а от своевременности и полноты выделения средств из бюджета.

В ходе осуществления своей хозяйственной деятельности организации расходуют государственных средства согласно установленной смете расходов в соответствии с бюджетной классификацией. Это снижает

гибкость экономического управления, уменьшает возможности оперативного маневрирования в условиях быстро меняющихся условий хозяйствования.

Некоммерческий характер деятельности бюджетных организаций и затратный принцип финансирования не предполагает формирование позитивного финансового результата. Это вынуждает предприятия расходовать ресурсы не столько в соответствии с фактической необходимостью в них, сколько исходя из объема выделенных средств.

Финансово-экономическое состояние бюджетной организации является комплексным понятием, которое зависит от многих факторов и характеризуется системой показателей, отражающих наличие и размещение средств, реальные и потенциальные финансовые возможности.

Финансовое состояние бюджетного учреждения здравоохранения зависит от всех сторон его деятельности: от выполнения производственных и сметных планов, экономного и рационального использования бюджетных средств, снижения себестоимости услуг и увеличения прибыли, роста эффективности использования денежных средств и других факторов, действующих в системе обращения: улучшения взаимосвязей с поставщиками сырья и материалов, совершенствования процессов реализации и расчетов. При анализе необходимо выявить причины неустойчивого состояния предприятия и, по мере возможности, наметить пути его устранения.

Анализ финансово-экономического состояния любого хозяйствующего субъекта является одним из наиболее действенных методов управления, основным элементом обоснования руководящих решений.

Целью анализа финансово-экономического предприятия является повышение эффективности его работы на основе системного изучения деятельности и обобщения ее результатов.

Характеристика финансово-экономического состояния учреждения здравоохранения проводится по следующим группировкам показателей:

1. Краткая характеристика учреждения и особенностей его деятельности;

2. Характеристика структуры расходов в учреждения в разрезе статей и подстатей и анализ их динамики за три года;

3. Оценка рентабельности оказания платных медицинских услуг в разрезе отделений больницы и анализ их динамики за 2013-2015 гг.;

4. Приведение основных коэффициентов и показателей финансового состояния предприятия в динамике за три года и их отклонения от нормативных показателей:

- коэффициенты ликвидности и платежеспособности;

- коэффициенты структуры текущих активов;

- коэффициенты финансовой устойчивости.

Для исследования финансово-экономического состояния бюджетного учреждения здравоохранения в данной работе была выбрана «Домодедовская центральная городская больница».

ГБУ Здравоохранения МО «Домодедовская центральная городская больница», многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, включающий в себя:

1) Центральную городскую больницу с городской поликлиникой;

2) Медико-санитарную часть с поликлиникой и педиатрическим отделением;

3) 2 педиатрических отделения городской детской поликлиники;

4) 7 офисов врачей общей практики;

5) Центр здоровья;

6) Женскую консультацию;

7) 11 врачебных амбулаторий;

8) 4 фельдшерско-акушерских пункта.

Более 40% медицинских работников имеют первую и высшую квалификационные категории. В больнице работает 2 профессора, доктора

медицинских наук, 1 доктор биологических наук, 10 кандидатов медицинских наук.

По состоянию на начало исследуемого периода можно охарактеризовать финансово-экономическую базу ДЦГБ удовлетворительно. Несмотря на трудности, связанные с бюджетным и внебюджетным финансированием, ДЦГБ удалось укрепить материально-техническую базу.

За рассматриваемый период, в больнице:

1. Обновлен парк автомобилей;

2. Закуплено новое оборудование (детский фиброгастроскоп, аппараты УЗИ, искусственной вентиляции легких, палатный передвижной рентген-аппарат, биохимические анализаторы и т.д.

В данный момент, установлены следующие проблемы:

1. Необходимость ремонта;

2. Организация лаборатории.

Основными источниками информации для анализа финансово-экономического состояния бюджетной организации и оценки ее финансовой устойчивости являются:

- Бухгалтерская отчетность учреждения за период 2013-2015 гг.;
- Смета расходов больницы и отчет об ее исполнении за период 2013-2015 гг.;
- Данные учета об объеме и стоимости оказанных платных услуг за выбранный период;
- Расчеты статей калькуляции за период 2013-2015 гг.

Установлено, что денежные средства больницы подразделяются на бюджетные и внебюджетные. Анализ финансово-экономической деятельности учреждения здравоохранения МО «Домодедовская центральная городская больница» проводится в погодовом разрезе за период 2013-2015 гг.

Состав и структура расходов по целевому назначению, представлены в приложении 1. Анализируя данные таблицы, представленные в таблице, можно установить следующее:

1) Динамика финансирования больницы в целом положительная;

2) Расходы бюджетных средств растут с каждым годом, хотя и нестабильно.

В 2014 году прирост финансирования составил 47,1% по сравнению с предыдущим годом. Если считать это средним показателем прироста по расходам, то можно заметить, что в этом году значительно увеличились расходы по статьям «Приобретение предметов снабжения и расходных материалов». Это вызвано перерасходом материалов в текущем году. Если рассматривать расходы по этой статье в разрезе подстатей, то можно заметить рост расходов на медикаменты и перевязочные средства и продукты питания. Это вызвано ростом цен на эти предметы снабжения в 2014 году. Также в несколько раз увеличились расходы по подстатье «Прочие предметы снабжения», поскольку в этом году управлением больницы было решено обновить оборудование и мебель в административном помещении. Увеличились также расходы по статьям заработной платы и начислений, поскольку был несколько увеличен штат сотрудников, а также произошел незначительный рост заработной платы работников здравоохранения. По капитальным расходам значительные изменения произошли по статьям приобретения нового оборудования. В 2014 году больница закупила лечебно-диагностическое оборудование, автомобили скорой помощи, а также компьютеры и оргтехника для администрации.

В 2015 году средний показатель прироста бюджетного финансирования равен 6,7 %. Исходя из этого можно заметить следующие изменения в структуре расходов: незначительно по сравнению со средним показателем увеличились расходы на оплату труда с начислениями, что говорит о сокращении кадров в исследуемом учреждении. В конце года в «Домодедовской больницы», с одной стороны, произошел рост заработной платы работников здравоохранения, а с другой стороны – общероссийский финансовый кризис, привели к образованию кредиторской задолженности перед персоналом по оплате труда и других начислений за 2 последних

месяца. Значительный рост расходов опять наблюдается по статьям и подстатьям «Приобретение материалов», что вызвано, во-первых, расширением стационара и, как следствие, увеличением коек, во-вторых, скачкообразным ростом цен на медикаменты и другие предметы снабжения в конце 2015 года. Увеличение расходов по статье «Командировочные расходы». Эти расходы также отразились на статье «Прочие расходы». Ремонт и замена устаревшего и ветхого электрооборудования и сантехники в помещении детской и взрослой поликлиники также вызвало рост прочих расходов больницы. Капитальные расходы ДГБ значительно сократились, так как планируемый ремонт и капитальное строительство в этом году было в основном закончено.

По структуре удельного веса расходов по показателям за три года можно сказать, что значительная часть расходов в 2013 и в 2014 годах приходилась на капитальные расходы больницы: капитальный ремонт и достройка сооружений и приобретение оборудования длительного использования – 78,53% и 72,41% соответственно. Эта величина характеризует повышение технического уровня учреждения и улучшение условий содержания больных. В 2015 году ситуация несколько изменилась – почти половина расходов бюджетных средств соответствует текущим расходам больницы, что характерно для учреждений здравоохранения такого типа.

Финансово-экономическое состояние учреждения здравоохранения зависит также и от динамики движения внебюджетных средств, которые образуются в результате оказания платных медицинских услуг.

Основные экономические объекты анализа оказания платных медицинских услуг можно представить в виде следующей экономической модели:

$$B - C = ФР$$

где В – общая величина выручки от оказания всех видов платных медицинских услуг;

С – общая себестоимость оказанных платных медицинских услуг;

ФР – финансовый результат от оказания платных медицинских услуг.

В свою очередь выручка определяется умножением количества предоставленных услуг (К) на цену одной услуги (Ц), а общая себестоимость – умножением количества оказанных услуг на себестоимость одной услуги (С1), что можно выразить в виде развернутой экономической модели:

$$К*Ц – К*С1 = ФР$$

Наиболее значительным показателем финансового состояния и финансовой устойчивости учреждения здравоохранения является рентабельность.

Расчет показателей рентабельности осуществляется с использованием следующих основных формул:

$$R1 = ФР / С *100$$

$$R2 = ФР / В * 100$$

где R1 – рентабельность услуг, отражающая величину финансового результата на 1 руб. затрат на оказание услуги;

R2 – рентабельность услуг, отражающая величину финансового результата на 1 руб. выручки от оказания услуг;

ФР – финансовый результат от оказания платных услуг;

С – себестоимость оказания платных услуг;

В – выручка от оказания платных услуг.

Расчет показателей рентабельности платных медицинских услуг в динамике за три года представлен в таблице 2.

Таблица 2

Расчет рентабельности платных медицинских услуг в динамике за 2013-2015 гг.

Наименование отделения	Выручка, руб.	Себестоимость, руб.	Финансовый результат, руб.	Показатели рентабельности, %	
2013 год					
Консультативно-поликлиническое (консультации)	1710587	1710587	-	-	-

Лучевой диагностики	2017459	1551891	465568	30,0	23,1
Функциональной диагностики	1697388	1305683	391705	30,0	23,1
Клинико-диагностическая лаборатория	33773	25979	7794	30,0	23,1
Эндоскопическое	121263	93279	27984	30,0	23,1
Консультативно-поликлиническое (операции)	1242337	955644	286693	30,0	23,1
Патоморфологическое	1391346	1070266	321080	30,0	23,1
Итого:	8214153	6713329	1500824	22,4	18,3
2014 год					
Консультативно-поликлиническое (консультации)	4283777	4283777	-	-	-
Лучевой диагностики	3644788	2915830	728958	25,0	20,0
Функциональной диагностики	3066614	2453291	613323	25,0	20,0
Клинико-диагностическая лаборатория	112572	86594	25978	30,0	23,1
Эндоскопическое	485052	373117	111935	30,0	23,1
Консультативно-поликлиническое (операции)	3216998	2474614	742384	30,0	23,1
Патоморфологическое	2185231	1821026	364205	20,0	16,7
Итого:	16995032	14408249	2586783	18,0	15,2
2015 год					
Консультативно-поликлиническое (консультации)	5129460	5129460	-	-	-
Лучевой диагностики	3458129	3112316	345813	11,1	10,0
Функциональной диагностики	4863625	3696355	1167270	31,5	24,0
Клинико-диагностическая лаборатория	164931	122049	42882	35,1	26,0
Эндоскопическое	672252	504189	168063	33,3	25,0
Консультативно-поликлиническое (операции)	3719056	2714911	1004145	37,0	27,0
Патоморфологическое	2409190	1855076	554114	29,9	23,0
Итого:	20416643	17134356	3282287	19,2	16,1
Абсолютное отклонение 2014 от 2013, руб.	8780879	7694920	1085959	-4,4	-3,1
Относительное отклонение 2014 от	106,8	114,6	72,3	-19,6	-16,9

2013, %					
Абсолютное отклонение 2015 от 2014, руб.	3421611	2726107	695504	1,2	0,9
Относительное отклонение 2015 от 2014, %	20,1	18,9	26,9	6,7	5,9

Развитие системы оказания платных медицинских услуг обусловило прирост выручки от данной деятельности на 8780879 руб. в 2014 году и на 3421611 руб. в 2015 году. На мой взгляд, такое незначительное увеличение выручки в 2015 году по сравнению с предыдущим связано в первую очередь с износом оборудования лучевой диагностики, что привело к снижению количества услуг в этой области на 42, а выручки – на 5,1 %, а также с медленно продвигающимся капитальным строительством и ремонтом ДГБ. На незначительный прирост выручки также оказали влияние и социально-экономические факторы: снижение количества жителей, обслуживаемых больницей, экономический кризис и т.д.

Затраты учреждения на предоставление платных услуг возросли в 2014 году на 7694920 руб., а в 2015 году – на 2726107 руб. Значительная их часть относится на оказанные специалистами консультации. Это объясняется тем, что стоимость данного вида услуг устанавливается централизованно и обязательна для выполнения всеми учреждениями здравоохранения, оказывающими платные медицинские услуги, что обусловило опережающий темп роста затрат по сравнению с ростом выручки. В результате величина себестоимости консультаций соответствует сумме выручки, полученной от выполнения этих услуг, что означает отсутствие финансового результата по ним. В 2015 году снижение затрат по сравнению с ростом выручки свидетельствует о возможности использования резервов по труду или технике. В целом характер изменения показателей себестоимости услуг в разрезе отделений соответствует тому, что был выявлен при анализе выручки.

За период 2014 года финансовый результат увеличился в стоимостном выражении на 1085959 руб., а за 2015 год – на 695504 руб. Наибольший рост отмечается по услугам, оказанным отделением функциональной диагностики, а также по операциям, выполненным консультативно-поликлиническим отделением, на что оказал влияние высокий спрос населения на данные виды услуг. Значительное снижение финансового результата показало отделение лучевой диагностики.

Таким образом, анализ финансового состояния ДГБ по результатам расчетов показателей рентабельности выявил следующие результаты:

1. В 2013 году уровень рентабельности по отделению стабилен, в 2014 году ценовая политика учреждения была направлена на укрепление позиций на рынке платных медицинских услуг и дополнительное привлечение пациентов, а следовательно, и денежных средств. Как видно из данных таблицы 2, уровень рентабельности по себестоимости сохранился по тем отделениям, услуги которых не являются массовыми и носят специфический характер. В итоге по всем отделениям наблюдается существенное увеличение количества оказанных услуг. Хотя и наблюдается незначительное уменьшение показателей рентабельности по ряду структурных подразделений, они остаются на высоком уровне, что позволяет судить об экономической эффективности предоставления платных услуг.

2. В 2015 году, учреждение повышает уровень рентабельности практически по всем показателям за счет политики снижения затрат. Несмотря на то, что прирост количества оказанных услуг по сравнению с предыдущим годом был незначительным, уровень рентабельности вырос, что свидетельствует об устойчивом финансовом положении ДГБ и правильно выбранной хозяйственно-экономической политике.

2.2. Анализ исполнения финансовых планов учреждения здравоохранения на примере Московской области

Анализ состава и структуры расходов исследуемого учреждения, приведенный в предыдущей главе только в общих чертах отражает их использование. Сравнительный анализ сметных расходов в динамике за три года представлен в приложении 2.

Динамика финансирования больницы в целом положительна, так как в 2014 году финансирование возросло на 10,7 % по сравнению с предыдущим, а в 2015 году – на 6,7 %.

Анализ динамики сметных расходов позволяет сделать следующие выводы о финансово-экономической политике учреждения. В 2013 году значительная часть сметных расходов была запланирована на капитальный ремонт и достройку сооружений. Из текущих расходов на этот год наиболее значительную часть составляют статьи оплаты труда и начислений. Начиная с 2014 года, управление учреждения ведет политику увеличения текущих расходов за счет снижения капитальных затрат. В 2014 году бюджетные средства также предполагалось вкладывать в покупку основных средств: автомобилей, компьютерной техники, а также медицинского оборудования, поскольку основная часть медицинского оборудования больницы изношена и неисправна. В 2015 году, поскольку большая часть предполагаемых капитальных преобразований завершена, управление учреждения планирует вложить основную часть текущих бюджетных средств в медикаменты и другие предметы снабжения, благодаря чему был значительно пополнен склад медикаментов. Увеличение плановых прочих расходов предполагало в этот период замену электроснабжения в зданиях стационара и поликлиник. Увеличение плановых расходов на транспортные услуги произошло вследствие того, что в эту статью учреждение также включает расходы на собственные транспортные средства и содержание гаражного хозяйства, которые были дооборудованы в предыдущие два года, а следовательно потребовали более высоких затрат. В 2015 году также администрацией было запланированы переподготовка и повышение квалификации младшего

медицинского персонала за счет бюджетных средств, что также повысило прочие расходы, а также расходы на командировку.

Изучение соотношения между плановыми, кассовыми и фактическими расходами позволяет выявлять причины, направления и размеры отклонений расходов, возникающих в процессе исполнения сметных назначений.

Как отмечалось ранее, фактические расходы – это затраты отчетного периода на содержание бюджетного учреждения. Их изучение позволяет судить об эффективности использования бюджетных средств, устанавливать степень соответствия расходов объему выполненных учреждением работ или услуг. Кассовыми расходами называются затраты в пределах сумм, выданных банком бюджетному учреждению наличными деньгами или в порядке безналичных расчетов через систему казначейства.

Анализ соотношения между кассовыми и фактическими расходами проводится в целом по смете и отдельным ее статьям с использованием данных отчета об исполнении сметы расходов, баланса об исполнении сметы расходов, аналитических карточек кассовых и фактических расходов по отдельным статьям и видам.

Проведем сравнительный анализ соотношения между кассовыми и фактическими расходами за 3 года и проанализируем причины возникновения отклонений.

В анализируемой больнице в 2013 был допущен значительный фактический перерасход средств по заработной плате при небольшом кассовом недорасходе. Причинами этого являются рост депонентской задолженности и увеличение размера оплаты труда. По элементу «Медикаменты и перевязочные средства» кассовые расходы совпадают со сметными назначениями, а фактические превышают их на 3%. Причина сверхсметных расходов – увеличение расхода медикаментов за счет использования их остатков на складе. Фактические расходы на питание превышают сметные назначения, а кассовые соответствуют им. Превышение вызвано увеличением количества койко-дней работы больницы. Кроме того,

больница приняла меры к снижению запаса продуктов питания на складе. Кассовые расходы по оплате транспортных услуг полностью соответствуют сметным назначениям. Однако фактические меньше их. Это связано с возникновением дебиторской задолженности за автобазой. Наиболее значительные отклонения от сметы допущены по расходам на капитальный ремонт производственных объектов. При их оценке следует обратить внимание, что подрядная строительная организация на объекте ремонта начала действовать только в конце года. Строительные материалы были приобретены, но на протяжении года не использовались. Выполненные работы были оплачены лишь по частичной готовности. За строительными организациями образовалась дебиторская задолженность.

2014 год в исследуемой больнице характеризуется обширным возникновением кредиторской задолженности по многим показателям: задолженность перед персоналом по оплате труда (начисления) - это связано с начислением заработной платы за декабрь, срок выплаты которой наступит в январе 2015 года. По анализу также можно увидеть, что возникла кредиторская задолженность перед компаниями по поставке медикаментов и продуктов питания. Превышение кассовых расходов над фактическими по статье «Оплата труда рабочих и служащих» в 2014 году свидетельствует об увеличении количества работников в данном учреждении. Превышение кассовых расходов над плановыми по оплате услуг связи и коммунальных услуг говорит об увеличении стоимости этих услуг в 2014 году, например, изменение тарификации услуг связи. По капитальным затратам фактические расходы также превышают кассовые по причинам, вызвавшим эти нарушения в 2013 году.

В 2015 году фактические расходы больницы превысили плановые и кассовые. Рассмотрим баланс расходов по статьям. Превышение фактических расходов над плановыми и кассовыми по статье «Оплата труда рабочих и служащих» связана с увеличением заработной платы медицинских работников в этот период. Это оправдано необходимостью обеспечивать

воспроизводство рабочей силы в связи с инфляцией, а также увеличением качества выполняемых работ и услуг. По статье «Начисления на оплату труда» фактические расходы также превышают кассовые. Это произошло вследствие того, что на отчетную дату исследуемое учреждение не перечислило ФСЗН разницу между суммой начислений и выплатой по больничным листам и пенсией. По приобретению предметов снабжения и материалов кассовые расходы превышают фактические, так как на отчетную дату образовалась дебиторская задолженность за счет неполучения от поставщиков уже оплаченных материальных ценностей. Это является следствием недостатков в работе по контролю за состоянием расчетной дисциплины по поставкам. По командировочным расходам фактические расходы превышают кассовые и плановые, так как сотрудник, уехавший в командировку в конце года, израсходовал средств больше, чем получил из кассы учреждения, отчитался по командировке, но учреждение не успело возместить ему размер превышения средств. Превышение кассовых расходов над фактическими по статье приобретения основных средств произошло вследствие того, что учреждение реализовало неиспользуемое оборудование, но не успело зачислить на счет вырученные денежные средства. По затратам на капитальный ремонт и строительство на конец года образовалась дебиторская задолженность, так как в отчетном периоде услуги подрядных и ремонтных бригад были предоплачены.

Данные полученные в результате изучения проблемы финансирования МО «Домодедовская центральная городская больница», показали, что в данной больнице наблюдается эффективное использования бюджетных средств. Выделяемые деньги тратятся по нормированным статьям. Однако, несмотря на высокие показатели эффективности, общий анализ показывает, что необходимо повышение финансирование, в связи с необходимостью проведения ремонта, усовершенствовании оборудования, обучению персонала.

ГЛАВА 3. ПУТИ СОВЕРШЕНСТОВАНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

3.1. Финансовые проблемы развития здравоохранения в России

Анализируя данные полученные в результате изучения специфики организации финансирования здравоохранения в Россия, а так же данные полученные в результате исследования было установлено, что существующая система финансирования здравоохранения в стране, имеет ряд проблем.

В здравоохранении России наблюдается нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования здравоохраненческой отрасли.

Текущая система государственного финансирования бюджетных отраслей, приводят к ухудшению показателей здоровья населения, усилению неравенства между различными слоями населения в качестве и доступности медицинской помощи, приводит к обнищанию самых незащищенных слоев

населения и резко снижает удовлетворенность населения медицинской помощью.

Кроме того, сегодня наблюдается низкий тариф ЕСН в части средств на обязательное медицинское страхование работающего населения, поскольку величина этих отчислений не увязана со стоимостью «страхового года» работающего населения.

Недостаточное финансирование наблюдается и в системе ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

- отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

- неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

- непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

Следующая выявленная проблема - дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС. Данная причина связана с отсутствием сбалансированности финансовых возможностей системы ОМС и объемов медицинской помощи, включенных в Базовую (а, соответственно и в территориальные) программу обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждаемую Правительством РФ. Программа основана на минимальном подушевом нормативе.

Кроме того, явной проблемой выступает многоканальность финансирования (ОМС, добровольное (дополнительное) медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ и создает предпосылки для сговора. В такой ситуации личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС

одновременно, - над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

Многовариантность и отсутствие унификации способов оплаты медицинской помощи на сегодня, оказываемой как в стационарных, так в амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения так же является большой проблемой.

Сохраняющиеся затратные способы оплаты и оплата медицинской помощи по смете являются недопустимыми на сегодняшний день. Многовариантность способов оплаты служит значительным препятствием при проведении межтерриториальных взаиморасчетов между ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам за пределами территории их страхования.

Следующая проблема – непродуманность структуры тарифов в системе ОМС формируемая исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

Кроме того, сегодня наблюдается отсутствие динамики в структуре расходов по основным видам медицинской помощи с сохранением наиболее затратных видов ее оказания.

Ключевой проблемой так же является отсутствие позитивных перемен в системе оплаты труда медицинских работников. Данная проблема порождает, в значительной степени, одну из важнейших негативных особенностей российского здравоохранения на сегодня - низкое качество оказания медицинской помощи в российском здравоохранении на сегодня.

Основные организационные проблемы в системе ОМС заключаются в следующем:

1. Структурный полиморфизм территориальных систем ОМС, затрудняющий управление обязательным медицинским страхованием, не

позволяющий оптимизировать и унифицировать механизмы функционирования системы ОМС на территории Российской Федерации.

2. Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС:

- определение и законодательное закрепление направлений модернизации системы ОМС на современном этапе;

- отсутствие законодательного закрепления государственных гарантий медицинской помощи населению и определения публичных обязательств в сфере здравоохранения;

- пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС;

-правовое обеспечение деятельности по защите прав застрахованных.

Наряду с указанными проблемами, требуют отдельного законодательного решения такие вопросы как:

- отдельное законодательство о добровольном медицинском страховании и платных медицинских услугах;

- обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

3. Отсутствие надлежащего государственного регулирования по основным направлениям деятельности страховой медицинской организации (СМО). Основные причины назревшей необходимости регулирования деятельности страховщика в системе ОМС следующие:

Выбор страховщика осуществляется работодателями и органами местной власти, а не самими застрахованными. Вопреки ожиданиям, многочисленные страховщики (сегодня их более 300) не стали информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколько-нибудь существенного вклада в повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В силу экономической привлекательности и отсутствия законодательного запрета на совмещения деятельности по обязательному

(ОМС) и добровольному (ДМС) медицинскому страхованию одним субъектом, все крупнейшие страховщики осуществляют эти виды страхования одновременно. В результате возникает конфликт интересов между решением социальных задач и получением максимальной прибыли.

Следствием сращивания ОМС и ДМС в одной организации является дискредитация всего института независимого страхового контроля качества медицинской помощи в системе ОМС. Дело в том, что зачастую экспертизу обоснованности и правильности оказания тех или иных «платных» и «бесплатных» услуг осуществляет одно и то же лицо. Ясно, что будучи заинтересованным в получении страховой премии по ДМС, страховщик не будет объективно влиять на качество «бюджетных услуг» в лучшую сторону.

Таким образом, совмещение в одном лице услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию является одной из главных проблем медицинского страхования в целом. А корень этой проблемы - в единстве правового регулирования диаметрально противоположных видов страхования. Необходимо четкое законодательное разграничение ОМС и ДМС, вплоть до принятия отдельного закона «О добровольном медицинском страховании граждан».

Рынок ОМС в России контролируется незначительным числом крупнейших страховых компаний, хотя их участие в организации социальной защиты подчинено целям продажи иных страховых продуктов и обеспечения финансовой устойчивости своего холдинга за счет бюджетных средств. Сложившаяся монополизация явилась следствием мер исключительно административного характера, а не претензий граждан по поводу качества страхования.

Так, выбор страховщика по ОМС зачастую реализуется путем проведения так называемых конкурсов на страхование неработающего населения, что сопровождается разрывом предыдущих договоров страхования и финансирования, массовой заменой полисов ОМС. В результате подмена рыночных механизмов конкуренции административными

процедурами создает все условия для коррупции и насаждения социального иждивенчества.

Указанная ситуация игнорирует положения современных руководящих документов Правительства РФ, в частности «Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2012 - 2015 годы)», где указывается, что «Участие страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования необходимо для создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций. Одним из основных условий достижения конкуренции является реальный выбор самими застрахованными страховой медицинской организации».

Проводимая в настоящий период времени интенсивная деятельность Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по созданию Концепции развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 года, направлена на решение основных проблем здравоохраненческой отрасли, включая систему обязательного медицинского страхования. Одним из семи направлений Концепции является внесение серьезных изменений в Основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении и, конечно, в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании».

3.2. Способы повышения эффективности финансирования здравоохранения в России

В связи с тем, что основными проблемами развития здравоохранения названы неэффективность системы финансирования, решение проблем

возможно лишь точными целенаправленными действиями правительства РФ, создание продуманной реформы в сфере социальной защиты населения.

Рассмотрим основные способы повышения эффективности финансирования:

1. Увеличение финансирования отрасли здравоохранения.

В сценарии инновационного развития в условиях высоких темпов экономического роста ожидается значительное повышение не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на здравоохранение к 2020 году увеличатся до 4,8% ВВП, частные расходы - до 1,1-1,5% ВВП. При этом дифференциация регионов по уровню финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней на душу населения сократится с 4-5 раз до 2 раз [Дрошнев].

2. Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС.

3. Формирование новых подходов для планирующегося значительного вброса денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей - введение накопительных счетов граждан России [Авксентьев].

4. Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. При этом, ответственность за финансовое обеспечение финансовых обязательств государства в сфере здравоохранения возлагается на систему ОМС, в которой концентрируется большая часть финансовых ресурсов.

Необходимость принятия нового закона диктуется следующими соображениями:

- государственные гарантии оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должны быть:

а) максимально конкретными

б) ясными для населения;

в) финансово сбалансированными.

Для людей жизненно важно знать, что можно получить на бесплатной основе и за что придется заплатить. Обращаясь в медицинскую организацию, пациент должен иметь ясное представление о мере своих гарантий. И она должна быть единой для всех;

- среди возможных вариантов реформирования государственных гарантий в настоящее время четко обозначился один главный - конкретизировать гарантии оказания бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания. По каждому заболеванию устанавливается набор услуг и лекарственных средств, предоставление которых гарантируется государством на бесплатной основе. Этот набор определяется на основе федеральных медицинских стандартов, которые конкретизируются медико-экономическими территориальными стандартами, разрабатываемыми и утверждаемыми субъектами РФ и выполняющими функцию минимальных социальных стандартов;

5. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

Механизмы осуществления этого важного перспективного направления следующие:

- увеличение ставки ЕСН в части, зачисляемой в систему ОМС с учетом стоимости «страхового года» работающих граждан;

- отказ от регрессивной шкалы налогообложения фонда оплаты труда (ФОТ) налогоплательщика и переход к плоской шкале налогообложения фонда оплаты труда, независимо от размеров оплаты труда;

- установление четких требований к размеру и механизмам уплаты страховых взносов за неработающее население, вносимых из региональных бюджетов;

6. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

-отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;

-переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощи (метод «зарабатывания»), не позволяющего достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;

- в первичной медико-санитарной помощи - сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

7. Повышение управляемости отрасли через систему ОМС.

В настоящее время обсуждается вопрос о возврате к практике заключения трехсторонних соглашений между Минздравсоцразвитием России, ФОМС и главами администраций субъектов РФ, что позволит оптимизировать направление субвенций территориям и возобновит управляемость отрасли через внебюджетную финансовую систему [Гришин].

8. Осуществление действенного государственного регулирования платных медицинских услуг.

Государственное регулирование платных услуг предполагает осуществление следующих давно назревших действий: четкое определение перечня медицинских услуг, превосходящие медицинскую помощь в рамках государственных гарантий, могут быть получены гражданами на платной основе. Во всех странах с развитым общественным здравоохранением население оплачивает часть стоимости медицинской помощи. Доля личных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 10 до 30% при среднем показателе 24%. В России этот показатель приближается к 50% - и это при значительно более низкой зарплате

9. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), то есть являются максимально солидарными и регулируемыми. Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения.

Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых, от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, - тех сумм, которые он потратит на получение платных услуг и приобретение лекарств в аптеке. Большое значение имеет также физическая доступность услуг, на которые имеет право застрахованный.

10. Совершенствование деятельности СМО в системе ОМС.

Для совершенствования деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования предлагается ряд действенных мер следующего порядка:

Нормативно закрепить приоритет права выбора страховщика по ОМС за застрахованным гражданином.

Придать деятельности по ОМС исключительный характер, т.е. запретить ее совмещение с иными видами страхования, сохранив

некоммерческий статус. При этом необходимо так же предупредить аффилированность лиц, занимающихся ОМС и ДМС.

Отменить повышенные требования к уставному капиталу, составу и структуре активов СМО, занимающихся исключительно ОМС, облегчив вхождение на рынок ОМС независимым субъектам страховой деятельности и создав условия для разукрупнения СМО, занимающих доминирующее положение на рынке ОМС.

Создать условия для заинтересованного участия СМО в защите прав застрахованных и эффективном использовании ресурсов ЛПУ путем создания конкурентной среды между СМО за застрахованных.

Обеспечить реальное участие СМО в планировании и организации медицинской помощи населению с целью эффективного использования материальных и кадровых ресурсов медицинских организаций, а следовательно - существенного повышения эффективности системы ОМС.

Реализовать систему разделения финансовых рисков между ТФОМС и СМО.

Обеспечить сбалансированность финансовых обязательств СМО в системе ОМС. Без этого система ОМС будет обречена на дальнейшую профанацию страхового принципа. Без такой сбалансированности невозможно сделать СМО реальным носителем финансовых рисков. Он так и останется индифферентным транслятором государственных средств от территориального фонда ОМС в медицинское учреждение.

Правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций должны стимулировать и тех, и других к более эффективному использованию ресурсов. Лучший способ для этого - развитие конкурентной модели страхования - то есть создать конкуренцию между СМО и между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна. Но для того, чтобы этого добиться, потребуется много усилий. Прежде всего, от государства. В мировой практике пока доминирует модель «одного покупателя», в роли которого выступает либо государственный, либо

частный страховщик. Эта модель проще, но и потенциал роста эффективности в такой модели меньше.

Проблема качества оказания медицинской помощи не должна быть сведена к проверкам СМО и наказаниям ЛПУ - это дорого и непродуктивно. Решающую роль в обеспечении качества должны играть сами врачи - через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества, обеспечение этических норм поведения врачей.

11. Совершенствование деятельности медицинских организаций. В финансировании медицинских организаций из государственных источников планируется реализация принципа «деньги следуют за пациентом». Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений по результатам их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

Для усиления стимулов медицинских учреждений к повышению эффективности их работы, необходимо предоставить им больше хозяйственной самостоятельности. Для этого необходимо законодательно закрепить статус автономного медицинского учреждения.

Изменение системы оплаты труда медицинским работникам - давно назревшая необходимость. На ближайшую перспективу коэффициент увеличения заработной платы медицинским работникам должен составить 2,5-3 по сравнению с существующим на сегодня уровнем. Необходимо реализовать действенное стимулирование эффективной работы медицинского персонала, а значит существенная дифференциация оплаты в зависимости от объема и качества оказанных услуг.

Обеспечение полностью бесплатного лекарственного лечения в условиях стационара. Больные не должны приходить в больницу со своими лекарствами - предоставление всех лекарств, включенных в стандарт лечения, должно стать бесспорной обязанностью больницы. Одновременно планируется существенно расширить число льготников по амбулаторному лечению (по рецептам врачей), охватив соответствующими программами всех детей и пенсионеров.

Чтобы начать серьезные структурные преобразования, нужны крупные стартовые вложения, прежде всего в сектор первичной медицинской помощи. Чрезмерные объемы и недостаточная интенсивность стационарной помощи во многом определяются тем, что первичное звено пока не способно взять на себя основную нагрузку по лечению больных.

12. Гражданин, как основное заинтересованное лицо в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи достойного качества. С точки зрения пациента все эти изменения важны только тогда, когда они реально улучшают его положение в системе ОМС: не нужно платить за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи. С точки зрения общества административные затраты на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения.

Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание общественных советов в медицинских организациях. Они призваны обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений (в том числе и выбор некоторых показателей), исключить чрезмерную их коммерциализацию, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания.

Столь же важно развитие общественных организаций, способных участвовать в определении приоритетных направлений развития местного здравоохранения, защите прав пациентов, информировании граждан. Эти и многие другие функции могут выполнять различные общества, в том числе, организации, объединяющие больных с определенными заболеваниями (например, общества больных астмой, диабетом; общества больных, ожидающих плановую операцию). За рубежом такие организации уже давно существуют.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе изучения вопроса организации финансирования здравоохранения в России, установлено, что исполнение нормативно-правовых установок в этом направлении оказывает влияние на качество предоставляемых медицинских услуг.

В настоящее время российское здравоохранение развивается под влиянием и в условиях рыночной трансформации экономики страны и медико-социальной политики государства. В нем сохраняются еще некоторые элементы советской системы. Вместе с тем входят в практику заимствованные за рубежом формы медицинской помощи, формируется рынок медицинских услуг.

Действующая в нашей стране модель финансирования – социально-страховая, отлично зарекомендовавшая себя в таких странах как Германия, Франция, Япония и т.д., сегодня оказывается недостаточно эффективной.

Здравоохранение, организуя свою деятельность, строится с учетом новых принципов конституционного устройства Российской Федерации, изменений в состоянии общественного здоровья, появления новых высоких технологий в медицине, в обстановке растущего всеобщего признания здравоохранения отраслью, обеспечивающей национальную безопасность государства.

На примере анализа финансирования МО «Домодедовская центральная городская больница» в период с 2013 по 2015гг., установлено что данной больнице наблюдается эффективное использования бюджетных средств. Выделяемые деньги тратятся по нормированным статьям. Однако, несмотря на высокие показатели эффективности, общий анализ показывает, что необходимо повышение финансирование, в связи с необходимостью проведения ремонта, усовершенствовании оборудования, обучению персонала.

В меняющихся условиях жизни общества, функционирования отрасли здравоохранения возникают совершенно новые принципы, подходы и формы деятельности, взаимодействия специалистов занятых в охране здоровья населения. Повышаются требования к уровню их знания, возникает потребность овладения новыми знаниями о факторах, формирующих здоровье населения, о хозяйственной деятельности в рамках здравоохранения, о современных подходах и стилях руководства коллективом и собственной производственной деятельностью.

В связи с изменением структуры финансирования, а именно уменьшением государственных вложений и увеличением роли Фондов ОМС, необходимо вносить конструктивные решения и реформировать данную отрасль.

Основными аспектами реформы отрасли являются следующие:

1. Эффективные государственные гарантии бесплатной медицинской помощи.

2. Приток дополнительных финансовых ресурсов и другой принцип их распределения.

3. Разработка более совершенной нормативно-правовой базы, что позволит обеспечить единый подход к оказанию медицинской помощи на всей территории РФ, создать условия для унификации системы ценообразования на медицинские услуги, установить стандарты лекарственного обеспечения путем введения единой формулярной системы. определяющей набор лекарственных средств и медикаментов, обязательных для медучреждений соответствующего уровня.

4. Преобразование действующей бюджетно-страховой медицины в преимущественно одно канальную систему финансирования основанную на страховом.

5. 0беспечение централизованное регулирование цен на лекарственные препараты, усиление контроля за качеством препаратов.

6. Создание за счет целевого финансирования общенациональных специализированных медицинских служб, обеспечивающих развитие в медицине передовых технологий и внедрение их в каждое лечебно-профилактическое учреждение.

7. Разработка системы показателей, характеризующих результаты деятельности медицинского учреждения, здравоохранения муниципального образования, региона и страны в целом, установка их нормативных значений и осуществление регулярного мониторинга, призванного дать оценку доступности и качества медицинских услуг.

8. Активная пропаганда здорового образа жизни, политика профилактики и предупреждения заболеваний.

9. Внесение изменений в подготовку кадров системы здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ