ВВЕДЕНИЕ

Здравоохранение - важнейшая отрасль социальной сферы, максимально приближенная к людям. Именно на нем лежит основная ответственность за сохранение жизни и здоровья граждан, профилактику и снижение заболеваемости населения. Охрана здоровья представляет собой особую сферу социальной политики государства по обеспечению граждан медицинской помощью и профилактике заболеваний. Эффективность проводимых в этом направлении мероприятий становится существенным фактором, стабилизирующим социально-политическую обстановку в обществе и обеспечивающим национальную безопасность. В целях устойчивого социально-экономического развития в 2007 - 2008 гг. руководство Российской Федерации определило, что одним из важнейших приоритетов государственной политики на среднесрочную перспективу должно стать сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи. Это решение было закреплено в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., утвержденной Распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р [14]. В Концепции развития - 2020 сформулированы цели государственной демографической политики - снижение темпов естественной убыли населения, стабилизация численности населения и создание условий для ее роста, а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни на основе модернизации здравоохранения. Поставлены задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики и выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния.

За последние годы в стране сложилась крайне неблагоприятная обстановка в сфере здравоохранения. Снизились качество и доступность медицинской помощи населению. Медико-демографическая ситуация характеризуется ростом смертности, падением рождаемости, отрицательным естественным приростом населения. Актуальной проблемой стали социально обусловленные болезни. Недостаточное финансирование здравоохранения совмещается с низкой

эффективностью использования ресурсов и несбалансированностью структуры медицинской помощи. Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи во многом носит декларативный характер, так как не обеспечена в полном объеме финансовыми средствами. Дефицит средств по ней составляет 30-40% от потребности. В результате больные платят даже зато, что по закону должны получить бесплатно. Причем в наиболее тяжелом положении оказываются наименее обеспеченные граждане. Отсутствует конкретизация государственных гарантий медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания, что приводит к росту объемов «теневых» медицинских услуг, служебным злоупотреблениям и социальной напряженности, т.к. при сегодняшнем уровне достатка платные медицинские услуги являются недоступными для большинства населения страны. Не решена проблема равнодоступности медицинской помощи для жителей различных территорий страны, а также сельского и городского населения. Расходы бюджетов и средств обязательного медицинского страхования (ОМС) отдельных регионов и муниципальных образований на одного жителя различаются в десятки раз, что нарушает принципы социальной справедливости.

Требует совершенствования система ОМС, имеющая ряд серьезных системных недостатков, включая несбалансированность программ ОМС по видам и объемам медицинской помощи с размерами финансирования, невыполнение субъектами РФ своих обязательств по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме, отсутствие механизмов реализации этих обязательств, низкую управляемость системы ОМС.

Вызывает тревогу состояние материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений. Средний износ зданий медицинских учреждений составляет свыше 60%. Многие из них требуют капитального ремонта и реконструкции. Износ оборудования составляет более 80%. Комплекс проблем национальной системы здравоохранения, включая низкую социально-экономическую эффективность ее деятельности, становится главной движущей силой ее реформирования.

Многообразие возникающих проблем финансирования здравоохранения в России, неоднозначность их практического решения, дискуссионность

теоретических аспектов, необходимость обобщения зарубежного и отечественного опыта требуют более глубокого их изучения, а также выработки практических рекомендаций, что делает тему данного исследования актуальной.

Целью работы является исследование организации финансирования учреждений сферы здравоохранения.

Для достижения указанной цели были поставлены и решены следующие задачи:

- изучение здравоохранения как отрасль непроизводственной сферы: сущность, модели развития;

- раскрытие состава и структуры расходов бюджетов на здравоохранение по звеньям бюджетной системы и видам бюджетов;

- анализ бюджетно-страховой модели планирования и финансирования расходов на оказание медицинских услуг;

- характеристика деятельности ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»;

- изучение бюджетного финансирования ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер», а также финансирование за счет внебюджетных источников;

- определение современных проблем финансирования бюджетных организаций сферы здравоохранения в Российской Федерации;

- предложение направлений совершенствования финансирования бюджетных организаций сферы здравоохранения в Российской Федерации;

- разработка рекомендаций по совершенствованию финансирования ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер».

Объектом исследования в работе выступает государственное бюджетное учреждение Архангельской области «Архангельский клинический онкологичексий диспансер».

Предметом исследования в работе являются финансовые отношения, связанные с изучением финансов бюджетного учреждения сферы здравоохранения.

Временной период исследования – это деятельность ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» за 2014 – 2016 гг.

Для написания работы были использованы следующие методы: метод логического анализа; метод статистического анализа; метод графического анализа.

Практическая значимость работы заключается в том, что материалы исследования могут быть использованы в финансовой деятельности ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер».

В главе 1 показаны экономическая сущность и основы деятельности бюджетных учреждений сферы здравоохранения, а также источники финансирования учреждений здравоохранения.

В главе 2 проведен анализ особенностей финансирования бюджетного учреждения сферы здравоохранения (на примере ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер»).

В главе 3 указаны основные направления совершенствования финансирования и деятельности бюджетного учреждения сферы здравоохранения.

Работа представлена на 105 страницах, включает в себя: введение, 3 главы, заключение и список литературы, состоящий из 33 источников. Для наглядности изложения материала в работе представлено 20 таблиц, 16 рисунков и приложений.

1 ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ И ОСОБЕННОСТИ БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Организация финансирования бюджетных организаций в сфере здравоохранени

Система здравоохранения становится органическим элементом обобществленного экономического пространства. Одновременно здравоохранение становится отраслью, которая потребляет огромное количество материальных и трудовых ресурсов. Причем объемы потребления этих ресурсов увеличиваются достаточно высокими темпами.

В обществе, с одной стороны, значительно возрастают объемы оказываемых населению медико-профилактических услуг, с другой, - усиливается роль и значение системы здравоохранения как крупной отрасли экономического пространства, имеющей множественные связи и отношения в общей производственно-социальной структуре государства.

Сегодня более 30 отраслей общественного хозяйства прямо или косвенно связаны со сферой здравоохранения. Это, к примеру, медицинская промышленность, капитальное строительство, фармацевтическая промышленность, приборостроение, специальные отрасли текстильной, пищевой промышленности, машиностроение, транспорт и др.

Здравоохранение влияет на развитие экономики народного хозяйства через сохранение здоровья населения (снижение смертности, особенно в трудоспособном возрасте, младенческой и повозрастной смертности детей, заболеваемости и инвалидности, увеличение средней продолжительности жизни).

Целесообразно выделять три основных организационно-экономических варианта формирования национальных систем охраны здоровья: частное здравоохранение (система, основанная на добровольном (частном) медицинском страховании или непосредственной оплате медицинской помощи), государственная (бюджетная) модель и модель здравоохранения, основанная на социальном (обязательном) медицинском страховании. Следует заметить, что различия в

подходах к финансированию отрасли являются основным, но не достаточным критерием типологизации мировых систем здравоохранения.

Первая модель – платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования.

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

Вторая модель – государственная медицина с бюджетной системой финансирования, характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Все медицинские услуги оказываются государственным сектором, финансирование которого осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Государство является главным гарантом защиты доходов медицинских работников от инфляции (минимальная заработная плата, пенсионное обеспечение, отпуска и т.д.).

Функционирование государственно-бюджетной системы здравоохранения имеет ряд положительных сторон, поскольку такая система обеспечивает высокую степень социальной защищенности граждан путем установления гарантий

предоставления бесплатной медицинской помощи, проведения строгого государственного контроля за условиями оказания медицинской помощи. Другими преимуществами этой системы является ее высокая эффективность при воздействии на заболеваемость особо опасными инфекционными заболеваниями, а также в условиях чрезвычайных ситуаций.

Государственная система здравоохранения в значительной степени представлена в таких странах, как Великобритания, Италия, Куба, Россия и других.

Третью модель (система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования) определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины и механизма социальной защиты ее работников.

Такая модель типична для большинства экономически развитых стран. Наиболее ярко она представляется здравоохранением Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

В третью модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной.

Поэтому масштабы государственного сектора в странах, использующих данную модель, значительно различаются. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, и в них государственному сектору отводится важная роль.

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, более того именно он и определяет масштабы государственного сектора в каждой модели.

Различия в механизме функционирования данных моделей предопределяются неявным контрактом.

В случае платной медицины пациент платит за визит к врачу. Это обстоятельство ставит производителя медицинских услуг в двойственное положение - долгое безуспешное лечение ведет к росту его доходов, но одновременно подрывает его репутацию и вызывает снижение доходов в долгосрочной перспективе. Содержание контракта, таким образом, предусматривает «переплату» клиентом за дополнительные услуги; ключевой рутиной, обуславливающей функционирование платной медицины, является расширение практики (в сущности, привлечение новой клиентуры, как больных, так и здоровых людей).

Содержание контракта предполагает сетевые децентрализованные контакты между врачами (клиниками), министерство здравоохранения может повлиять на врачебную корпорацию только косвенно. Существенной является репутация врача не только среди пациентов, но и среди коллег - это сопровождается увеличением доходов и статуса. Особенностью данной системы является взаимодействие между врачебной корпорацией и производителями лекарств и медицинского оборудования - методов прямого воздействия у последних на врачей и клиники практически нет, поэтому здесь постоянно проводятся семинары, конференции, где осуществляется презентация лекарств, оборудования, новых методик лечения. В то же время контроль качества и стоимости лечения осуществляется внутри врачебной корпорации каждым производителем самостоятельно.

В случае страховой медицины производителю услуг оплачивается стоимость лечения болезни, в то время как пациент оплачивает страховку от случая заболеть. Разница между стоимостью лечения и страховкой представляет собой конфликт интересов между клиникой и страховой фирмой; при этом возникает конфликт интересов и внутри врачебной корпорации: одни лечат, другие - эксперты страховых фирм - оценивают правильность лечения (с точки зрения качества и стоимости). Двойственность интересов, присущая положению производителя медицинских услуг в рыночной модели, здесь устраняется, снижаются и переплаты; в связи с чем данная модель рекомендована Всемирной организацией здравоохранения к распространению. В данной модели увеличивается и роль государства, внедряющего стандарты деятельности страховых организаций и клиник (особенно в части, касающейся обязательного медицинского страхования). Механизмы мотивации, внедрения инноваций, высококачественных услуг здесь аналогичны платной медицине.

В бюджетной медицине стоимость услуг приравнивается к какому-либо нормативному показателю (показателям). В отечественном здравоохранении таким показателем - ключевой фактором финансового планирования является койко-место в лечебно-профилактическом учреждении. На основе данных показателей рассчитывается стоимость содержания бюджетной сети здравоохранения, к которой привязывается и количество врачей, и стоимость медикаментов, и другие статьи затрат. При этом нормативные показатели взаимосвязаны: скажем, больницы на № количество коек строятся в расчете на 10000 человек согласно строительным нормам и правилам, поэтому замена одного нормативного показателя (койки) на другой показатель (подушевой норматив) на ситуацию влияет незначительно. С точки зрения менеджмента выстраивается жесткая вертикальная структура: министерство здравоохранения – областные органы здравоохранения.

Платные услуги расширяют возможности оказания тех услуг, которые бюджетные учреждения не могут предоставить за счет налоговых средств, и в этой роли они способны повышать качество медицинской помощи. Платные услуги являются источником дополнительных средств для укрепления материально-технической базы учреждения, они учитываются в составе его бюджета и могут

распределяться на выполнение уставных задач учреждения, а также стимулирование деятельности персонала. Но на практике влияние платных услуг на локальную эффективность определяется уровнем тарифов и порядком распределения средств полученных от платных услуг. Если тариф занижен, а персонал не получает адекватного вознаграждения (в большинстве российских регионов фонд оплаты труда планируется на уровне 20-25% и менее от цены платных услуг), то мотивация к оказанию платных услуг снижается. А, следовательно, не происходит реального повышения отдачи от вложенных ресурсов.

Между тем в мировой практике главной формой прямой оплаты медицинских услуг из личных средств являются формальные соплатежи населения (далее – соплатежи), то есть установленная законом оплата части стоимости посещения врача, госпитализации. Основная часть затрат покрывается из государственных средств, а пациент доплачивает определенную сумму. Иными словами, соплатеж – это форма соучастия государства и населения в покрытии расходов на медицинскую помощь. Необходимо отметить высокую медико-экономическая результативность этой системы финансирования.

В последние 10-15 лет во многих странах Восточной Европы отмечается повышенный интерес к соплатежам как форме привлечения дополнительных средств в сферу здравоохранения. Некоторые страны уже ввели соплатежи (Эстония, Венгрия, Польша, Болгария, Кыргызстан и проч.), другие рассматривают такую возможность (Таджикистан, Армения). В России этот вопрос обсуждается в контексте задачи формирования новой системы государственных гарантий медицинской помощи.

Переход от одной модели к другой требует изменения как ключевых факторов, определяющих специфику каждой модели, так и соответствующих методов управления, взаимодействия с пациентами и населением, с общественным мнением, с производителями лекарств и медицинского оборудования [33, с. 79-84].

Главным финансовым показателем, определяющим уровень развития и отношения государства к здоровью населения, является доля расходов на здравоохранение в ВВП. ВОЗ рекомендует ее не ниже 6%. Подавляющее число стран в мире тратят на здоровье людей существенно больше. Исключение

составляет РФ — в 2013 году расходы на эту сферу и предоставление соц. услуг составили, по данным Росстата, 3,8% ВВП. Президент В.В. Путин для 2012 года публично назвал цифру 3,7% ВВП, руководитель соцблока в правительстве РФ Ольга Голодец — 3,7-3,8%. Для сравнения: в 2013 году в среднем по странам ОЭСР расходы на медицину составили 9,4% ВВП. В Нидерландах – 11,8%, Франции – 11,6%, Швейцарии – 11,4%, Португалии – 10,2%, в США — 16,9% ВВП.

Проблема низкого финансирования здравоохранения в РФ — проблема застарелая. Динамика расходов государства на здравоохранение в реальном выражении (1991 г. = 100%): 1991 г. - 100%; 2002 г. - 73%; 2008 г. - 110%; 2009 г. - 92%; 2010 г. - 94%.

Между тем недостаточный уровень государственного финансирования приводит к очень серьезным последствиям. Исследования, проводимые в нашем институте, показали, что существует корреляционная зависимость между уровнем финансирования здравоохранения и уровнем младенческой смертности. До какого-то момента эти показатели находятся на одном уровне. Но как только финансирование становится меньше определенного порога, начинается взрывное увеличение детской смертности. И, к сожалению, страны бывшего СССР и Россия попадают как раз в ту зону, где детская смертность на фоне низкого финансирования здравоохранения существенно выше, чем в странах Западной Европы. Это означает, что недофинансирование здравоохранения играет одну из ключевых ролей в состоянии здоровья нации.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сделала интегральный анализ систем здравоохранения. Россия оказалась на 78-м месте по расходам на одного жителя. Однако показатели здоровья населения и интегральный показатель деятельности здравоохранения у России - 127-е и 130-е места соответственно. То есть хуже, чем у тех стран, которые выделяют меньше денег на здравоохранение.

Это говорит о том, что система здравоохранения в России неэффективна не только из-за низкого финансирования. ВОЗ приводит свои собственные оценки оптимальности использования ресурсов здравоохранения в России: оптимально только в 20 случаях, не более. Неоптимально во всем остальном массиве. Куда же уходят деньги и почему они используются неэффективно, хотя их и так явно не хватает?

Рассмотрим такой показатель, как количество врачей на 1 тыс. населения. Когда-то каждый третий врач в мире был советским. Сейчас каждый 3,5 врач в мире - российский. В России много врачей, больше, чем практически во всем мире, мы лидеры по количеству врачей на душу населения.

Еще один рекорд - средние сроки пребывания больного на койке. В России в стационаре лежат долго и бессмысленно. Пациента положили в пятницу, а в субботу и воскресенье к нему никто не подойдет, ему ничего не будут делать. И так далее.

К сведению. Средние сроки пребывания больного на койке (в днях):

- в России - 12,4;
- в Корее - 10,6;
- в Швейцарии - 8,5;
- в Канаде - 7,3;
- в Австрии - 6,1;
- в США - 5,6;
- в Дании - 3,5;
- в Швеции - 4,6.

В Израиле, например, люди лежат в стационаре пять дней после аортокоронарного шунтирования и открытой операции на сердце, т.е. через пять дней пациент уже дома. Никто не держит в больницах пациентов больше трех - пяти дней, даже при тяжелых операциях. Интенсивная помощь в стационаре и серьезный уход на дому - это другая модель организации лечения, другая модель использования ресурсов. Мы же совершаем очень много ненужных движений, и на все это тратятся деньги.

Страховые компании, делающие экспертизу процессов в клинике, выявляют, что 10 - 25% дефектов - это абсолютно неправильное ведение больного. Это перерасход ресурсов, удлинение сроков лечения, несоответствие поставленному диагнозу, госпитализация без медицинских показаний [27, с. 70-74].

Финансирование здравоохранения достигает целей лишь при условии всеобщей доступности медицинской помощи. В Концепции развития - 2020 главной целью модернизации российского здравоохранения определено повышение доступности и эффективности медицинской помощи для населения.

Для достижения этой цели предусмотрены модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и развитие системы добровольного медицинского страхования (ДМС) на основе формирования конкурентной модели медицинского страхования с созданием условий для выбора застрахованными лицами страховой и медицинской организаций.

Причем недостающее финансирование российское население доплачивает практически из собственного кармана, если посмотреть общее подушевое финансирование. Россияне просто добавляют частное финансирование к государственному и тем самым каким-то образом слегка балансируют финансовое состояние отрасли.

В соответствии со ст. 82 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [6] источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства:

- федерального бюджета;
- бюджетов субъектов РФ;
- местных бюджетов;
- ОМС;
- поступившие от физических и юридических лиц (в том числе добровольные пожертвования);
- поступившие от иных не запрещенных законодательством РФ источников.

В систему охраны здоровья граждан входит оказание медицинской помощи и медицинских услуг с соответствующими источниками финансирования (рис. 1).

При этом платным медицинским услугам в Законе № 323-ФЗ отведено особое место. Так, в силу ст. 84 данного Закона платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо (по просьбе пациента) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

Впервые в Законе № 323-ФЗ четко определены условия оказания платных медицинских услуг гражданам, соблюдение которых позволит разграничить их с бесплатной медицинской помощью, оказываемой в рамках территориальных программ государственных гарантий [22, с. 42-48].

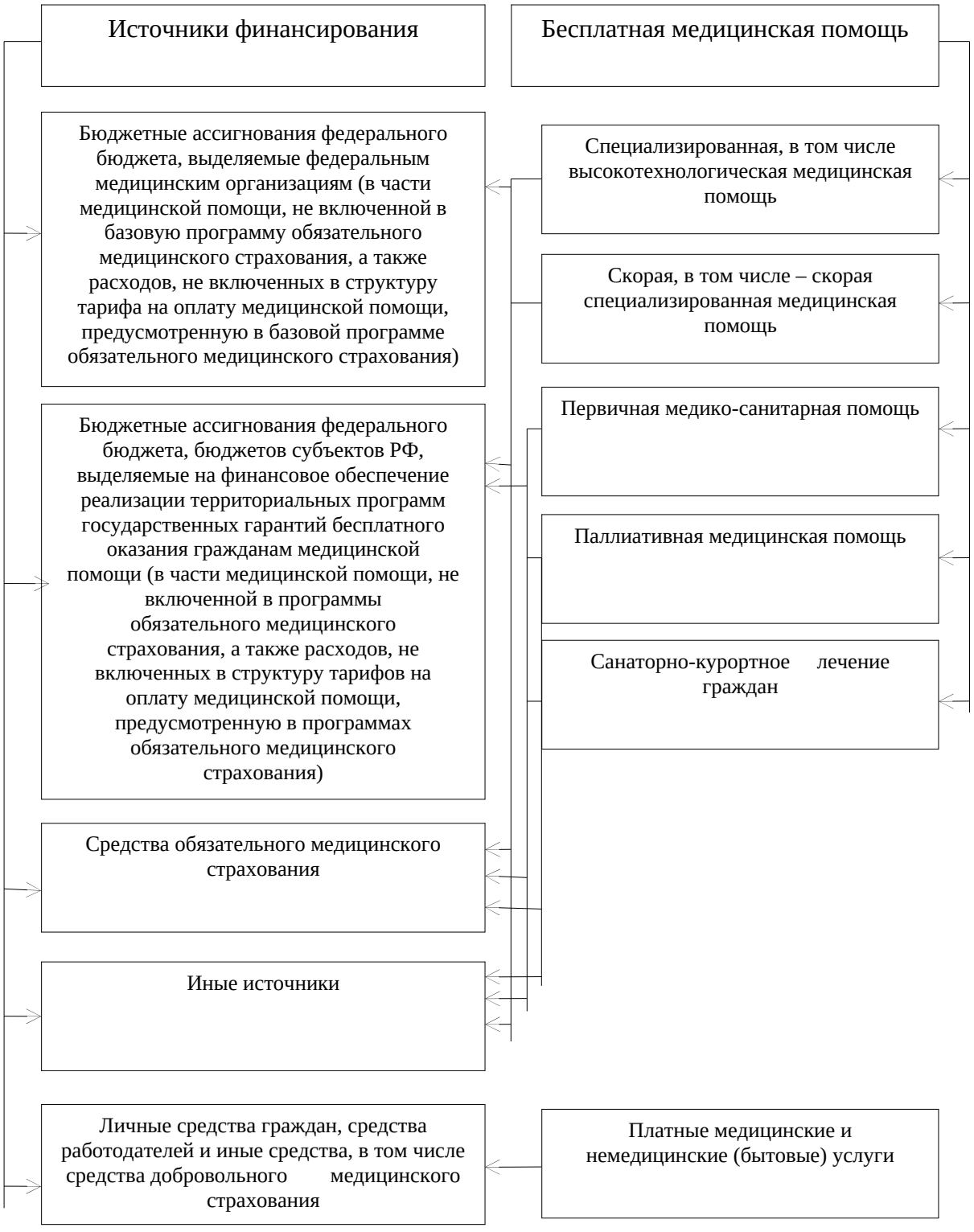

Рисунок 1 - Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи и услуг гражданам РФ

Государство определяет объем и критерии (индикаторы) качества предоставляемых пациентам медицинских услуг, однако их оплата осуществляется за счет страховых взносов на обязательное медицинское страхование - обязательных платежей, уплачиваемых страхователями. Согласно ст. 11 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [5] ими являются организации, индивидуальные предприниматели, физические лица и только в отношении неработающих граждан - органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Страховые взносы согласно ст. 41 Конституции РФ [1] - один из источников финансирования медицинской помощи, т.е. страховая медицина - как способ финансирования здравоохранения закреплен в Конституции РФ. Из страховых взносов на обязательное медицинское страхование и других поступлений формируется бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования, который входит в состав бюджетной системы РФ, но не является частью бюджета России или бюджета субъекта РФ (ст. ст. 10, 144 Бюджетного кодекса РФ [3]).

Расходы бюджетов на здравоохранение учитываются по разделу 0900 «Здравоохранение».

В 2015 г. фактические расходы федерального бюджета на здравоохранение составили около 2510 млрд. руб. при необходимом уровне в 3230 млрд.руб. (в ценах 2014 г.). То есть дефицит финансирования составляет примерно 30 % (720 млрд.руб.) Данная нехватка средств обусловлена ростом курса рубля более чем на 50 %, накопленным дефицитом 2014 г., дополнительным оказанием помощи 2 млн руб. новым гражданам (с принятием Крыма в состав России), оставшимся дефицитом расходов на 2015 г. после вычета инфляции в размере 9-11 % из текущих расходов 2015 г., повышением оплаты труда работникам в соответствии с указом Президента.

Суммарные расходы федерального бюджета на 2016 г. утверждены в размере 16 098 млрд руб. (+4,4% к расходам 2015 г.) с дефицитом в 14,7%. Расходы на здравоохранение в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» составляют 354 млрд руб., или 2,2% от общих расходов федерального бюджета. По сравнению с текущим годом расходы на

здравоохранение увеличены на 42%. При этом в бюджете на 2015 г. рост расходов в 2016 г. должен был составить всего 9% (и это с учетом того, что в течение 2015 г. расходы федерального бюджета на здравоохранение были дважды пересмотрены в сторону уменьшения и суммарно снизились на 8%) [8], [10].

Согласно утвержденному закону, основной рост федеральных расходов на здравоохранение в 2016 г. заложен за счет финансирования подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи» (158 млрд руб., что в 2,8 раза превосходит расходы 2015 г.). С одной стороны, выглядит впечатляюще, но, если разобраться в структуре финансирования данной подпрограммы, можно заметить, что 61% всех расходов на стационарную помощь (97 млрд руб.) заложено на оказание ВМП (методов, не включенных в базовую программу ОМС), средства на финансирование которой в федеральный бюджет переводит Федеральный ФОМС. Получается, что реальный рост расходов в рамках данной подпрограммы составляет всего 6,7% по сравнению с 2015 годом (таблица 1).

Еще одним изменением структуры расходов федерального бюджета на здравоохранение в 2016 г. является появление в ГП «Развитие здравоохранения» новой подпрограммы «Организация обязательного медицинского страхования граждан РФ». На ее финансирование заложено 25 млрд. руб., или 7% всех расходов. Учитывая, что в 2015 г. данной статьи не было (включая планируемые ранее расходы на 2016 г.), а также ситуацию с ВМП (расходы на которую не учитывались в бюджете на 2015 г.), реальные расходы на здравоохранение из средств федерального бюджета не выросли, а упали на 7%.

Таблица 1 – Изменение федерального финансирования подпрограмм государственной программы «Развитие здравоохранения» (на 01.01.2016)

Подпрограмма	Бюджет, млрд. руб.		Соотношение 2016 года к 2015 году	
	2016 год	2015 год	млрд.руб.	%
Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинскую помощь	158,03	57,09	100,94	177
Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи	70,61	70,17	0,44	1
Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной	32,31	33,76	-1,45	-4

помощи				

Продолжение таблицы 1

Подпрограмма	Бюджет, млрд. руб.		Соотношение 2016 года к 2015 году	
	2016 год	2015 год	млрд руб.	процент
Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья	29,44	21,74	7,7	35
Организация обязательного медицинского страхования граждан РФ	25,44	0	25,44	-
Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан	18,02	40,93	-22,91	-56
Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в т.ч. для детей	9,85	8,86	0,99	11
Охрана здоровья матери и ребенка	4,81	3,43	1,38	40
Управление развитием отрасли	3,08	10,55	-7,47	-71
Кадровое обеспечение системы здравоохранения	1,38	1,73	-0,35	-20
Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья	0,88	0,8	0,08	10
Развитие скорой, в т.ч. скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной медицинской помощи в экстренной форме	0,57	0,49	0,08	16
Итого	354,42	249,55	104,87	42

Что касается бюджета Федерального фонда ОМС, его суммарные расходы в 2016 г. составляют 1688 млрд руб., что всего на 1,5% превышает расходы 2015 г. (по сравнению с планируемым ростом в 6%). Дефицит бюджета Федерального ФОМС заложен на уровне 1,6%. Субвенции территориальным фондам ОМС составляют 1458 млрд руб., или 86% от суммарных расходов фонда. По сравнению с 2015 г. объем субвенций увеличен на 3,2%, их доля в структуре общих расходов также немного выросла (+1%) [9], [11].

К концу 2016 года, после внесения многочисленных изменений и дополнений в федеральный бюджет на 2016 год, структура расходов федерального бюджета на финансирование сферы здравоохранения в разрезе подразделов [10] представлена в следующем виде (таблица 2).

Таким образом, по сравнению с первоначальными показателями федерального бюджета на 2016 год к концу 2016 года расходы федерального бюджета на систему здравоохранения возросли на 94,32 млрд. руб. [10]

Таблица 2 – Расходы федерального бюджета Российской Федерации на финансирование сферы здравоохранения по состоянию на 31.12.2016 года

Наименование подраздела	Сумма, тыс. руб.	Удельный вес, процент
Стационарная медицинская помощь	235 776 100,1	52,561
Амбулаторная помощь	69 473 505,4	15,488
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	16 004,1	0,004
Скорая медицинская помощь	314 301,6	0,070
Санаторно-оздоровительная помощь	31 316 928,7	6,981
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	2 887 549,1	0,644
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	14 653 222,7	3,267
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	17 677 434,4	3,941
Другие вопросы в области здравоохранения	76 459 130,2	17,045
Итого	448 574 176,3	100,000

Как показывают данные таблицы 2, наибольший удельный вес в структуре расходов федерального бюджета на 2016 год по системе здравоохранения предусмотрено на стационарную медицинскую помощь – 52,56%. Также значительный удельный вес занимают расходы на амбулаторную помощь (15,49%).

В федеральном бюджете на 2017 год [12] на систему здравоохранения предусмотрены 361,04 млр.руб. (таблица 3).

Таблица 3 - Расходы федерального бюджета Российской Федерации на финансирование сферы здравоохранения по состоянию на 01.01.2017 года

Наименование подраздела	Сумма, тыс. руб.	Удельный вес, процент
Стационарная медицинская помощь	147 277 616,7	40,793
Амбулаторная помощь	90 521 695,2	25,072
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	33 289,9	0,009
Скорая медицинская помощь	425 963,4	0,118
Санаторно-оздоровительная помощь	30 359 778,8	8,409
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	3 692 975,4	1,023

Продолжение таблицы 3

Наименование подраздела	Сумма, тыс. руб.	Удельный вес, процент
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	13 797 519,5	3,822
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	18 275 590,9	5,062
Другие вопросы в области здравоохранения	56 656 179,5	15,692
Итого	361 040 609,3	100,000

Как и в 2016 году наибольший удельный вес в структуре расходов федерального бюджета на систему здравоохранения принадлежит расходам на стационарную медицинскую помощь (40,79%) и амбулаторную помощь (25,07%).

Увеличение бюджетных ассигнований в 2016 - 2017 году связано с ростом расходов на оказание государственных услуг медицинскими организациями, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе на оплату труда медицинских работников федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». В 2016 году – на 10,7 млрд. рублей; в 2017 году – 16,1 млрд. рублей.

Кроме того, повышение расходов в 2017 году связано с увеличением расходов на повышение качества и доступности для населения медицинской помощи за счет строительства новых и окончания строительства ранее начатых объектов здравоохранения, а также создание инновационного медицинского кластера в рамках реализации мероприятий ФЦП «Юг России (2014 – 2020 годы)» в сумме 7,0 млрд. рублей.

Основным источником финансирования расходов на здравоохранение является бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС), который планирует потратить 1,69 трлн. руб. по сравнению с 1,68 трлн. руб. в 2016 г. [13].

Существует еще один источник финансирования сферы здравоохранения - региональный бюджет. Как следует из областного закона Архангельской области «Об областном бюджете на 2016 год» (в ред. от 22.12.2016) [17] и областного закона Архангельской области «Об областном бюджете на 2017 год и на плановый

период 2018 и 2019 годов» [18] расходы регионального бюджета Архангельской области на здравоохранение в 2016 году были запланированы в объеме 12 070,3 млн. руб., в том числе наибольшие расходы предусмотрены были на стационарную медицинскую помощь (18,89%) и другие вопросы в области здравоохранения (71,20%).

На 2017 год расходы регионального бюджета в систему здравоохранения запланированы на 84,1 млн. руб. меньше, чем на 2016 год, относительное снижение составило 0,7 процента. Следует отметить значительный прирост по такому направлению как скорая медицинская помощь, прирост составил 321,7 процента к уровню 2016 года.

Таблица 4 – Анализ динамики средств бюджета Архангельской области на финансирование системы здравоохранения в 2016-2017 годах

Подраздел	2016 год		2017 год		Отклонение	
	тыс. руб.	процент	тыс. руб.	процент	тыс. руб.	процент
Стационарная медицинская помощь	2 280 199,1	18,89	1 722 919,0	14,37	-557 280,10	75,562
Амбулаторная помощь	854 900,3	7,08	1 084 967,1	9,05	230 066,80	126,91
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	0,00	0,00	21 918,8	0,18	21 918,80	0
Скорая медицинская помощь	71 013,9	0,59	299 468,5	2,50	228 454,60	421,70
Санаторно-оздоровительная помощь	148 228,9	1,23	175 040,9	1,46	26 812,00	118,09
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	122 130,2	1,01	119 539,9	1,00	-2 590,30	97,88
Другие вопросы в области здравоохранения	8 593 907,7	71,20	8 562 465,7	71,44	-31 442,00	99,63
Итого	12 070 380,1	100,00	11 986 319,9	100,00	-84 060,20	99,30

Что касается расходов территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области на здравоохранение, то в 2017 году

запланированы расходы на общую сумму 18 053 967,7 тыс. руб. [20], что на 517 180,00 тыс. руб. превышает данный показатель 2016 года [19].

Россия в настоящее время находится на 70-м месте в мире по финансированию здравоохранения и на 130-м месте по его эффективности. Это говорит о том, что до настоящего момента России не удалось достичь минимального уровня финансирования здравоохранения, установленного ВОЗ, а имеющийся объем бюджетных средств, направленных на поддержание и развитие системы здравоохранения, используется неэффективно.

Исходя из проведенного анализа состояния системы здравоохранения России, можно утверждать, что существуют структурные проблемы в данной области.

Отсутствие в 2014-2015 гг. роста расходов на здравоохранение уже привело к снижению доступности и качества медицинской помощи, общего коэффициента смертности (ОКС). Сохранение данной политики государства в области финансирования здравоохранения с учетом имеющихся негативных тенденций (сокращение бюджетного финансирования, сокращение высококвалифицированных кадров в рамках реформы здравоохранения, увеличение инфляции, девальвация рубля, санкции, напряженная геополитическая обстановка) приведет к снижению ОКС. А как следствие, снижение уровня ОКС окажет негативное влияние на социально-экономическую обстановку в стране.

1.2 Бюджетно-страховая модель планирования и финансирования расходов на оказание медицинских услуг

Основным документом, определяющим общий объем, целевое направление и поквартальное распределение средств на уровне, медицинского учреждения, является смета. Документ разрабатывается на календарный год по установленной форме в разрезе кодов бюджетной классификации, отражающих содержание операций сектора государственного управления. Ранее такие операции назывались экономическими статьями расходов бюджета.

Планирование расходов бюджетного учреждения осуществляется на основе производственных сетевых показателей. Такими показателями при планировании,

например, расходов па содержание больничного учреждения являются: число коек но их профилям (на начало, конец года, среднегодовое); количество диен функционирования койки в году: длительность пребывания больного в стационаре: численность медицинского персонала и др. Все предусматриваемые в смете расходы обосновываются расчетами. К смете прилагаются штатное расписание и тарификационным список медицинского персонала в пределах выделенных по бюджету средств.

Расходы па оказание медицинских услуг в поликлиниках определяются па основе показателей, характеризующих запланированный объем работы. Такими показателями являются число врачебных посещений в год, численность прикрепленного населения и др. Число врачебных посещений рассчитывается исходя из мощности амбулаторно-поликлинического учреждения, которая характеризуется числом посещений в смену. Число врачебных должностей — исходя из численности прикрепленного для обслуживания поликлиникой населения. Приведенные показатели (число коек, посещений, численность персонала и др.) используются для расчетов расходов на оплату труда медицинского и прочего персонала, приобретение медикаментов, перевязочных средств и прочих лечебных расходов, расходов на питание больных. Кроме того, при расчете затрат учитываются объемные показатели, характеризующие занимаемую учреждением площадь, наличие инженерных сооружений и сетей и др.

Наибольший удельный вес в расходах, как правило, занимает оплата труда медицинских и фармацевтических работников. Она производится в соответствии с их квалификацией, стажем и выполняемыми обязанностями, которые предусматриваются трудовым договором (контрактом). Медицинские и фармацевтические работники имеют право на компенсационную выплату в процентах к должностным окладам за работу с вредными, тяжелыми и опасными условиями труда, а также иные льготы, предусмотренные трудовым законодательством РФ и правовыми актами субъектов РФ. Планирование расходов на оплату труда начинается с проведения тарификации медицинского персонала в соответствии со штатным расписанием учреждения.

Тарификация медицинского персонала осуществляется по категориям персонала. В большинстве субъектов РФ ставки и должностные оклады работников

учреждении здравоохранения все еще определяются на основе Единой тарифной сетки (ЕТС), которая не всегда учитывает квалификацию и сложность выполняемых ими работ. В настоящее время в стадии разработки находятся новые отраслевые системы оплаты труда работников бюджетной сферы взамен ЕТС, в том числе и в здравоохранении. Учреждения здравоохранения в пределах имеющихся средств самостоятельно определяют виды и размеры надбавок, доплат и других выплат стимулирующего характера.

На основании тарификационного списка работников п штатного расписания исчисляется средняя ставка в месяц на одного работника по категориям персонала, которая затем умножается на среднегодовое число должностей и на 12 месяцев. Тем самым определяется основной фонд оплаты труда. Дополнительно рассчитываются расходы, необходимые: на оплату персонала, замещающего работников в период отпуска: за работу в ночное время и в праздничные дни; на оплату дежурств врачей и т. д. Итоговая сумма фонда заработной платы и начислений отражается по коду 210 «Оплата труда».

Расходы на приобретение медикаментов и перевязочных средств, питание больных определяются в учреждениях стационарного типа путем умножения числа койко-дней на норму расходов па эти цели в стоимостном выражении на 1 койко-день. Число койко-дней — это произведение среднегодового числа коек на количество дней функционирования койки в году. Среднегодовое число коек зависит от сроков развертывания новых коек или сворачивания коечного фонда. В амбулаторно-поликлинических учреждениях число врачебных посещений умножается на денежную норму расходов на медикаменты за 1 посещение. Число врачебных посещений — это произведение среднегодового числа врачебных должностей, числа часов работы врача в год и нормы приема больных на час работы.

Нормы расходов (натуральные и денежные) на питание и медикаменты до 1990-х гг. устанавливались централизованно. В настоящее время в каждом субъекте РФ осуществляется примерный расчет стоимости натуральных норм на питание и расходов па медикаменты по профилям отделении или по видам заболеваний, а также на врачебное посещение исходя из сложившихся цен па продукты питания и медикаменты на соответствующей территории,

Расходы на приобретение других нефинансовых активов — мягкого инвентаря (белья, одежды, обуви и постельных принадлежностей), основных средств, малоценных и быстроизнашивающихся предметов определяются по потребности с учетом фактического наличия и сроков их использования. Важной статьей расходов являются затраты, связанные с оплатой коммунальных услуг, к числу которых относятся расходы на отопление, освещение и водоснабжение. При планировании учитываются установленные лимиты потребления в натуральных показателях и действующие на территории тарифы по видам коммунальных услуг. Организация и финансирование здравоохранения - сфера, где продолжают сохраняться большие резервы повышения качества обслуживания населения и одновременно увеличения доходов самих медицинских работников. Специфика сегодняшней схемы такова, что объем финансирования во многом зависит от количества коек в лечебно-профилактическом учреждении, а не от объема и качества лечения заболеваний.

В настоящее время проблема финансового обеспечения учреждений здравоохранения является достаточно острой. Для ее решения с января 2013 года в РФ в ходе реформирования здравоохранения внедрена новая модель финансового обеспечения сферы – одноканальная система финансирования здравоохранения (далее ОСФЗ), сущность которой заключается в слиянии потоков финансирования из разных источников – средств общего налогообложения и взносов на ОМС – на уровне выше лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Переход на преимущественно одноканальное финансирование медицинских организаций через фонды ОМС не приводит к кардинальным изменениям в системе финансирования здравоохранения. Сохраняются источники финансирования расходов, оказание непосредственно медицинских услуг населению все также осуществляется в основном в рамках базовой программы ОМС - меняется только механизм финансирования учреждений. Изменяется не набор источников, а их соотношение и каналы их поступления в медицинское учреждение.

Переход к одноканальной модели финансирования здравоохранения предполагает, что основная часть средств направляется из системы обязательного медицинского страхования, при этом оплата медицинской помощи будет

осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг.

Внедрение преимущественно одноканального финансирования учреждений здравоохранения можно назвать оптимальным вариантом реформирования национальных систем здравоохранения, так называемым «третьим путем»: между жесткими командно-административными методами управления и неограниченной свободой конкуренции между частными предпринимателями.

При введении одноканального финансирования муниципальных учреждений здравоохранения возникает дополнительная нагрузка на областной бюджет и высвобождаются ресурсы местных бюджетов, предлагаются изменения в части:

- отказа от передачи местным бюджетам норматива отчислений от налога на имущество организаций (в действующих условиях муниципальным районам передается 17,5 %, городским округам – 10 %);

- уменьшения бюджетам муниципальных районов и городских округов нормативов отчислений от налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, на 11,25 % (в действующих условиях муниципальным районам передается 22,5 %, городским округам – 45 %).

При одноканальной системе:

- финансирование учреждения по смете заменяется финансированием за непосредственные результаты деятельности (за объемы оказанных услуг);

- появляется возможность размещения государственного (муниципального) заказа в любых учреждениях здравоохранения (муниципальных и государственных) для решения проблем межрайонных центров или медицинских округов, независимо от территориального расположения учреждений;

- руководителю дается большая свобода в расходовании средств (отсутствие казначейского исполнения), но одновременно появляется большая ответственность;

- контроль качества со стороны страховых организаций приобретает действенные формы, так как контролируются все аспекты, влияющие на качество;

- появляется возможность точного учета финансирования в разрезе конкретных классов болезней и отдельных диагнозов.

При введении одноканальной модели финансирования программы ОМС, покупателями медицинских услуг являются страховые медицинские организации, с которыми территориальные фонды ОМС заключают договоры.

При этом страховые медицинские организации заключают договоры на покупку медицинских услуг с медицинскими организациями различной организационно-правовой формы и формы собственности.

Учитывая вышеизложенное, можно выявить положительные и отрицательные стороны перехода на преимущественно одноканальное финансирование, так к первой относится:

- подушевой принцип финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений, которые будут получать средства ОМС не за каждый отдельный прием пациента, а за всех прикрепленных граждан. Это создаст дополнительные стимулы для профилактической работы в первичном звене;

- мотивация пациента и мотивация системы здравоохранения – охрана здоровья населения, усиление профилактической направленности, внедрение здоровье сберегающих технологий, повышение качества услуг и интенсивности лечения;

- право выбора врача и лечебного учреждения;

- соответствие расходов полученным доходам, а также повышение эффективности расходования бюджетных средств в системе здравоохранения, что особенно актуально в сложившихся экономических условиях.

В качестве преимуществ одноканальной системы выделяют:

– финансовое обеспечение медицинских услуг в полном объеме с учетом реальных затрат учреждений здравоохранения (оплата по конечному результату), направленное на изменение структуры и качества медицинской помощи;

– доступность медицинских помощи для всех граждан независимо от места их жительства (принцип экстерриториальности), реализуемая путем введения единых федеральных стандартов оказания как стационарной медицинской помощи, так и подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи;

– повышение эффективности использования бюджетных средств;

– ужесточение контроля качества страховых организаций.

Отрицательное влияние перехода на одноканальное финансирование:

- неравномерное финансовое положение медицинских учреждений и различные стартовые условия перехода на одноканальное финансирование, в том числе наличие кредиторской задолженности как по содержанию ОМС-технологий за счет средств бюджета, так и по ОМС;

- невозможность учесть даже в групповых тарифах многообразие инфраструктуры учреждений;

- недозарабатывание финансовых средств, необходимых медицинской организации по причине невыполнения плановых объемов медицинской помощи;

- отсутствие практических навыков у администрации учреждений по управлению финансово-экономическим состоянием учреждений;

- наличие обширных зон неэффективного использования ресурсов в учреждениях (штаты, укомплектованность, коммунальные услуги, транспортные услуги, услуги по содержанию учреждений и другие).

Переход на одноканальную систему предполагает, что финансирование медицинских учреждений будет осуществляться на принципах подушевого финансирования и оплаты за объем оказанных услуг. Однако наблюдаемое территориальное неравенство в финансировании здравоохранения в расчете на одного жителя и существенно осложнит выполнение основных задач, которые ставит Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. - увеличение продолжительности жизни, доступ к бесплатной и качественной медицине и повышение оплаты труда медиков.

Наряду с преимуществами ОСФЗ обладает и рядом недостатков:

- отсутствие контроля за финансово-экономической деятельностью руководства учреждений здравоохранения привело к росту безответственности и повышению уровня коррупции;

- наблюдается снижение доли финансового обеспечения региональными властями территориальных программа ОМС путем утверждения заранее сниженных объемов работы учреждений здравоохранения.

- страховые компании, основным источником доходов которых стали штрафные санкции, усугубляют проблему дефицита финансовых ресурсов в медицинских учреждениях.

Как следствие, вышеперечисленные проблемы порождают рост социальной напряженности работников здравоохранения. В условиях растущей социальной напряженности в сфере здравоохранения предотвращение потери высококвалифицированных кадров стоит на первом месте.

Одноканальная модель финансирования здравоохранения не лишена недостатков. Речь идет, во-первых, о несоответствии действующих тарифов ОМС реальной стоимости лечения многих заболеваний, например, в онкологии.

Во-вторых, перевод в систему ОМС высокотехнологичной медицинской помощи может привести к сокращению объемов ее предоставления, то есть доступности ее для пациентов на бесплатной основе.

Несомненно, реализация комплекса мероприятий по формированию одноканальной модели финансирования отрасли будет способствовать более полному и качественному удовлетворению потребностей населения в медицинских услугах при развитии передовых медицинских технологий в соответствии с международными стандартами, если при этом будут в полной мере учтены следующие моменты:

- изменение структуры и качества медицинской помощи за счет финансирования медицинских учреждений с учетом реальных затрат по законченному случаю за объемы оказанных услуг;

- введение единых стандартов и подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи;

- размещение государственного (муниципального) заказа в любых учреждениях здравоохранения, независимо от формы собственности и территориального расположения учреждений;

- усиление контроля качества медицинских услуг и результативности государственных расходов;

- повышение эффективности расходования всех средств, поступающих в систему здравоохранения.

Переход к преимущественно одноканальной модели финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования считается прогрессивным направлением реформирования здравоохранения, однако следует учитывать целый ряд проблем его дальнейшего развития, направленных на сглаживание недостатков

данной модели. Учитывая сложности текущего социально-экономического развития, необходимо расширять практику привлечения негосударственных источников финансового обеспечения отрасли [25, с. 21-33].

Практика показала, что принцип одноканального финансирования - это не просто механизм расчетов, который может быть интересен только специалистам в экономической и финансовой сфере. Это один из элементов системы, позволяющей улучшить организацию, доступность и качество медицинской помощи. Теперь больницы получают не за то, сколько раз человек пришел к врачу или сколько дней провел в палате, а за итог своей работы с пациентом.

Для реализации страхового принципа введено понятие законченного случая. Переход от оплаты по посещениям и койко-дням к оплате по законченному принципу вызвал снижение мотивации к необоснованному наращиванию количества посещений, необоснованной длительности госпитализации, назначению излишних консультаций, позволил добиться сокращения временных затрат врача и пациента при оказании медицинской помощи. В итоге при уменьшении числа посещений количество пролеченных больных выросло. Кроме того, законченный случай стал тем экономическим стимулом, который подталкивает ЛПУ к развитию перспективных медицинских технологий и направлений.

Таким образом, основные пути совершенствования системы финансирования здравоохранения России в связи с проведением реформы:

1) переход от оплаты по посещениям и койко-дням к оплате по законченному принципу путем одноканального финансирования обеспечит улучшение качества медицинской помощи и повышения оплаты труда работников;

2) проблемой остается выравнивание финансирования здравоохранения в регионах, поскольку регионы-доноры получат меньше средств, чем перечислили в ФОМС, а в дотационных регионах из-за недостатка средств уменьшится количество и качество медицинской помощи.

Исчисленные учреждением объемы расходов на реализацию медицинских услуг должны быть сбалансированы с источниками финансирования. Многоканальность финансирования означает разграничение расходов между бюджетом и фондом ОМС, каждый из которых песет ответственность за определенные виды медицинской помощи или расходы.

Финансовое обеспечение лечебно-профилактических учреждении через систему ОМС осуществляется по согласованным тарифам, которые определяются на основе уровня, структуры и состава компенсируемых расходов медицинского учреждения в рамках территориальных программ ОМС. В соответствии с Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью возмещению за счет средств ОМС подлежат только расходы на оплату труда с установленными начислениями, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование. Другие затраты государственных лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальных программ ОМС, обеспечиваются за счет бюджета: коммунальные платежи, приобретение оборудования, ремонт помещений. Долевое участие в финансировании расходов со стороны бюджета и ОМС — одна из важных особенностей бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.

В связи с тем что до настоящего времени не сформирована единая система оплаты медицинских услуг, на практике применяется несколько способов их оплаты. Либо по бюджетной смете расходов, либо в зависимости от: средней стоимости пролеченного больного; клинико-статистической группы или медико-экономического стандарта; числа койко-дней; дифференцированного подушевого норматива; вида отдельной услуги. Таким образом, одной из важнейших задач все еще остается создание единой методологической базы организации планирования и финансирования расходов на здравоохранение.

Одним из условий эффективного функционирования медицинских учреждений является бюджетное финансирование в необходимом объеме. Для медицинских учреждений бюджетной сферы характерно наличие дефицита выделения средств, что связано с зависимостью бюджетного финансирования от многочисленных факторов политического, экономического, правового характера. Кроме того, ограничены сами фонды бюджетного финансирования (недостаточный объем финансирования). Как следствие, низкое качество доступных медицинских услуг, недостаток медицинского персонала и его недостаточная квалификация и,

соответственно, ухудшение качества функционирования в целом государственной и муниципальной системы здравоохранения.

В.В. Путин указал на необходимость тщательного анализа практики, связанной с переходом на финансирование здравоохранения через систему ОМС, особенно в части финансирования капремонта и строительства. Пока в тариф обязательного медстрахования включены только расходы на текущий ремонт. Затраты на капремонт и строительство там не предусмотрены. Вместе с тем новое качество медицины предполагает дальнейшее укрепление материально-технической базы медучреждений и создание современных больниц и поликлиник.

Президент считает, что простое включение инвестиционных расходов в тариф ОМС - довольно рискованное, сложное дело, чреватое увеличением нагрузки на бизнес и на граждан. Однако направлять на развитие медицинской инфраструктуры исключительно государственные средства неэффективно, сложно, затратно. Наиболее оптимальным вариантом видится государственно-частное партнерство. Однако для того, чтобы такое партнерство было взаимовыгодным, потребуется создавать для бизнеса привлекательные условия, просчитав все потенциальные риски [24, с. 129-137].

2 АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

2.1 Краткая характеристика ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» создано под наименованием «Областной онкологический диспансер» решением исполкома Архангельского областного Совета депутатов трудящихся в январе 1946 года.

Официальное наименование учреждения:

Полное – государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер»;

Сокращенное – ГБУ АО «АКОД».

Учредителем является Архангельская область в лице министерства здравоохранения Архангельской области.

Учреждение является некоммерческой организацией.

Согласно пункту 1 статьи 9.2 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» [4] бюджетным учреждением признается некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, ее субъектом или муниципальным образованием для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно государственных органов или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, а также в иных сферах.

Бюджетное учреждение осуществляет свою деятельность в соответствии с предметом и целями деятельности, определенными в соответствии с федеральными законами, иными нормативными правовыми актами, муниципальными правовыми актами и уставом. Оно вправе осуществлять и иные виды деятельности, не являющиеся основными видами деятельности, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующие

указанным целям, при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах.

Государственные (муниципальные) задания для бюджетного образовательного учреждения в соответствии с основными видами деятельности, предусмотренными его учредительными документами, формирует и утверждает соответствующий орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя. При этом бюджетное учреждение не вправе отказаться от выполнения такого задания, что следует из пункта 3 статьи 9.1. Закона № 7-ФЗ.

Финансовое обеспечение деятельности учреждения осуществляется за счет средств областного бюджета, средств государственных внебюджетных фондов, а также за счет средств, полученных в результате иной приносящей доход деятельности.

Учреждение в своей деятельности руководствуется Конституцией РФ, международными договорами РФ, федеральными конституционными законами, федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Архангельской области, распоряжениями министерства здравоохранения Архангельской области и настоящим уставом.

Целями деятельности учреждения являются:

- реализация прав человека и гражданина в области здравоохранения, осуществление связанных с этими правами государственных гарантий;

- обеспечение максимального удовлетворения доступной квалифицированной специализированной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью населения Архангельской области.

Для достижения уставных целей учреждение осуществляет следующие виды деятельности, финансируемые за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области:

- первичная медико-санитарная помощь;

- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Сегодня Архангельский клинический онкологический диспансер является ведущим многопрофильным учреждением и возглавляет всю онкологическую службу региона.

Всего в Архангельской области функционируют 420 коек для лечения онкобольных, из них: 345 онкологического профиля и 75 – радиологического. Эти показатели равняются и превышают среднероссийские.

Сегодня диспансер оснащен современным оборудованием для диагностики онкологических заболеваний, работает лаборатория радиодиагностики, внедрена роботизированная система для гистологических и иммуногистохимических исследований.

За последние годы в клинике полностью внедрена единая информационная система, базой которой является локальная оптоволоконная сеть. Поэтому можно сказать, что диспансер твердо идет в ногу со временем. В ближайшее время продолжится развитие высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе органосохранных, реконструктивно-пластических и эндоскопических технологий в хирургическом лечении. Главная задача – сохранять и приумножать многолетние достижения онкологического диспансера.

ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» получена бессрочная лицензия от 18.11.2016 № ЛО-29-01-002169 на осуществление медицинской деятельности.

ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» действует в рамках ежегодно утверждаемой правительством Архангельской области территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Так, постановлением правительства Архангельской области от 27.12.2016 № 533-пп утверждена территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

Территориальная программа устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно,

территориальные нормативы объема медицинской помощи, территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, территориальные подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также определяет порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке, целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам в Архангельской области бесплатно.

Согласно приложению № 4 к территориальной программе на 2017 год целевым значением критериев доступности и качества медицинской помощи является, в том числе, достижение такого показателя, как доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года – 54,36 процента.

2.1 Бюджетное финансирование ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»

Анализ финансово-хозяйственной деятельности ГБУ АО «АКОД» проведен на основе форм бюджетной отчетности за 2014-2016 годы: баланс государственного (муниципального) учреждения (форма по ОКУД 0503730) и отчет о финансовых результатах деятельности учреждения (форма по ОКУД 0503721).

Таблица 5 - Анализ имущества ГБУ АО «АКОД» за 2014-2016 годы

Показатель	2014 год,	2015 год,	2016 год,	Изменение за 2014-2016 годы, в тысячах рублей
I. Нефинансовые активы				
Основные средства	1 504 033	1 422 648	1 267 454	- 236 579
Материальные запасы	52 653	54 232	75 398	+ 22 745
Непроизведенные активы	64 602	64 602	64 602	0,00
Вложения в нефинансовые активы	11 177	11 177	11 177	0,00

Продолжение таблицы 5

Показатель	2014 год,	2015 год,.	2016 год,	Изменение за 2014-2016 годы, в тыся-чах рублей
Итого по разделу I	1 632 465	1 552 659	1 418 631	- 213 834
II. Финансовые активы				
Денежные средства	88 043	124 706	102 430	+ 14 387
Расчеты по доходам	58 007	26 208	29 112	- 28 895
Расчеты по выданным авансам	543	59	129	- 414
Расчеты с подотчетными лицами	0	80	261	+261
Расчеты по ущербу и иным доходам	0	3 128	1 470	+ 1470
Прочие расчеты с дебиторами	- 1 561 106	-1 477 270	-1 318 485	+242 621
Расчеты по платежам в бюджеты	870	386	110	-760
Итого по разделу II	-1 413 643	- 1 322 703	- 1 184 973	+228 670
Итого баланс	218 822	229 956	233 658	+14 836

Как показали расчеты, проведенные в таблице 5, имущество Учреждения за 2014-2016 годы возросло на 14 836 тыс. руб. и составило 233 658 тыс. руб., активы Учреждения представлены нефинансовыми активами и финансовыми активами.

За анализируемый период нефинансовые активы ГБУ АО «АОКД» снизились на 213 834 тыс. руб., и к концу 2016 года составили 1 418 631 тыс. руб.

Следует отметить, что снижение объема нефинансовых активов вызвано уменьшением остаточной стоимости основных средств (на 236 579 тыс. руб.). За три анализируемых года стоимость материальных запасов выросла на 22 745 тыс. руб. и составила к концу 2016 года 75 398 тыс. руб.

Объемы непроизведенные активов и вложений в нефинансовые активы Учреждения за анализируемый период не претерпели изменений. Но следует обратить внимание на тот факт, что не изменилась сумма вложений в нефинансовые активы. Это свидетельствует о том, что на балансе Учреждения в течение трех лет числятся незаконченные строительством объекты основных средств, что может быть расценено как неэффективное использование средств.

Финансовые активы Учреждения за 2014-2016 годы выросли на 14 387 тыс. руб. и составили 102 430 тыс. руб.

Анализ источников финансирования имущества ГБУ АО «АКОД» представлен в таблице 6.

За анализируемый период источники формирования имущества Учреждения выросли на 14 836 тыс. руб., источники представлены обязательствами Учреждения и финансовым результатом от его деятельности.

Таблица 6 - Анализ источников имущества ГБУ АО «АКОД» за 2014-2016 годы

Показатель	2014 год,	2015 год,	2016 год,.	Изменение за 2014-2016 годы, в тысячах рублей
III. Обязательства				
Расчеты по принятым обязательствам	179	516	328	+149
Расчеты по платежам в бюджеты	211	4	6	-205
Прочие расчеты с кредиторами	13 884	18 685	19 325	+5 441
Расчеты с подотчетными лицами			1	+1
Расчеты по доходам			17	+17
Итого по разделу III	14 274	19 205	19 677	+5 403
IV. Финансовый результат				
Финансовый результат экономического субъекта	204 548	210 751	213 981	+9 433
Итого по разделу IV	204 548	210 751	213 981	+ 9 433
Итого баланс	218 822	229 956	233 658	+14 836

Обязательства ГБУ АО «АКОД» за 2014-2016 годы выросли на 5 403 тыс. руб., основной причиной данного роста является увеличение объема обязательств перед прочими кредиторами (прирост составил 5 441 тыс. руб.).

Финансовый результат от деятельности Учреждения за три года вырос на 9 433 тыс. руб. и к концу 2016 года составил 213 981 тыс. руб.

Деятельность Учреждения в 2014-2016 годах финансировалась за счет трех источников:

- целевые средства;
- субсидия на выполнение государственного задания;
- приносящая доход деятельность.

Анализ структуры доходов и расходов ГБУ АО «АКОД» за 2014-2016 годы представлен в таблицах 7-8.

Таблица 7 - Анализ состава и структуры доходов ГБУ АО «АКОД» за 2014-2016 годы

Источники финансирования	2014 год		2015 год		2016 год		Динамика 2016 года к 2014 году	
	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент
Целевые средства	2 063	0,24	618	0,07	35	0,00	-2 028	-0,24
Субсидия на выполнение государственного задания	8 690	1,01	8 171	0,95	11 305	1,30	+ 2 615	+0,29
Приносящая доход деятельность	849 614	98,75	851 728	98,98	858 645	98,70	+ 9 031	-0,05
Итого	860 367	100,00	860 517	100,00	869 985	100,00	+ 9 618	0,00

В течение анализируемого периода наибольший удельный вес в структуре доходов ГБУ АО «АКОД» принадлежала такому источнику как приносящая доход деятельность. Удельный вес данного источника финансирования в 2014 году составлял 98,75 процентов, в 2015 году – 98,98 процентов и в 2016 году – 98,70 процентов. Крайне незначительна роль целевых средств в финансировании деятельности Учреждения, доля данного источника в течение всего анализируемого периода составляла менее 1,0 процента. Также незначительное влияние на финансирование деятельности Учреждения имеют средства, выделяемые Учреждению на оказание медицинских услуг в рамках выполнения государственного задания.

На рисунке 1 представлена структура источников финансирования деятельности учреждения.

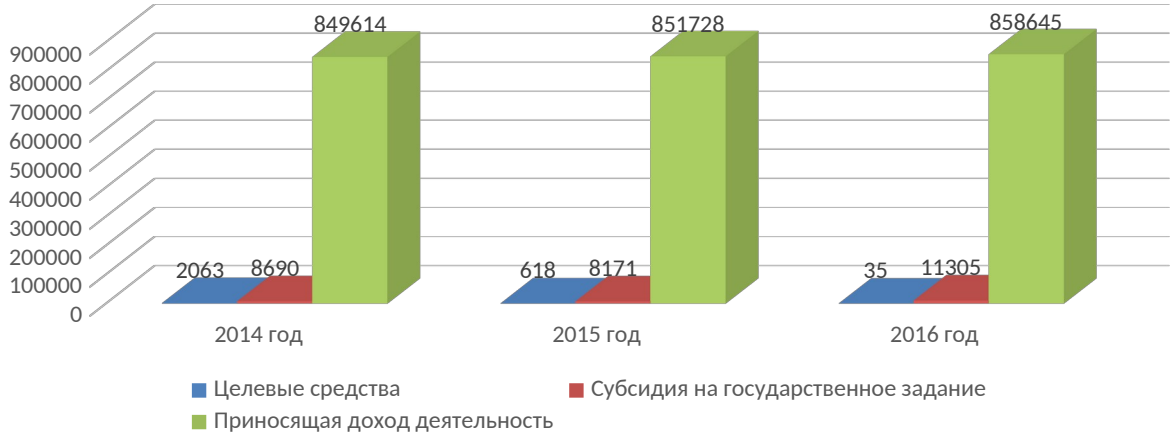

Рисунок 1 – Структура источников финансирования деятельности ГБУЗ АО «АКОД» за 2014 -2016 годы.

Таблица 8 - Анализ состава и структуры расходов ГБУ АО «АКОД» за 2014-2016 годы

Источники финансирования	2014 год		2015 год		2016 год		Динамика 2016 года к 2014 году	
	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент
Целевые средства	13	0,00	618	0,06	35	0,00	+22	0,00
Субсидия на выполнение государственного задания	145 621	15,45	168 969	16,75	168 642	16,52	+23 201	+1,07
Приносящая доход деятельность	942 518	84,55	839 065	83,19	852 218	83,48	-90 300,00	-1,07
Итого	1 088 152	100,00	1 008 652	100,00	1 020 895	100,00	+67 257	0,00

Как и в доходах, наибольший удельный вес в расходной части деятельности Учреждения принадлежит расходам, осуществляемым за счет средств от приносящей доход деятельности. Так, по итогам 2014 года доля таких расходов составила 84,55 процента, 2015 года – 83,19 процента, 2016 года – 83,48 процента.

На рисунке 2 представлена структура расходов учреждения в разрезе источников финансирования.

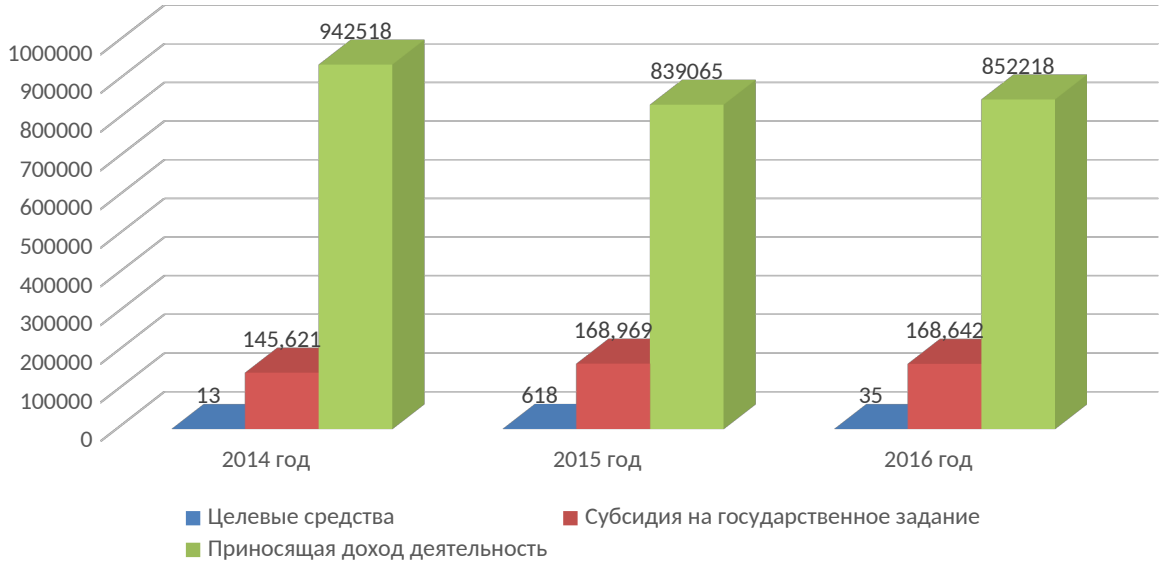

Рисунок 2 – Структура расходов ГБУЗ АО «АКОД» в разрезе источников за 2014 -2016 годы.

Как показали проведенные расчеты, изменение структуры доходов и расходов за анализируемый период незначительно.

2.3 Финансирование ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» за счет приносящей доход деятельности

Внебюджетными источниками финансирования организаций здравоохранения государственно-муниципального сектора могут являться средства: страховых медицинских организаций, фондов обязательного медицинского страхования; организаций, заключивших договоры с организациями здравоохранения государственно-муниципального сектора на предоставление медицинских услуг; пациентов (за платные услуги); граждан, не застрахованных по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования; инвесторов, финансирующих инновационные проекты, осуществляемые по инициативе и (или) на базе организаций здравоохранения государственно-муниципального сектора, гранты и изобретения в области новых медицинских технологий; образовательных медицинских и фармацевтических учреждений, использующих организации здравоохранения государственно-муниципального сектора в качестве клинической базы; от арендной платы за пользование имуществом, закрепленным за организациями здравоохранения на праве оперативного управления и т.д.

Предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию осуществляется на основании договора между медицинским учреждением и страховой медицинской организацией.

Услуги, оказанные учреждением здравоохранения по программам ОМС, являются возмездными (ст. 779 Гражданского кодекса РФ [2]) и учитываются в рамках приносящей доход деятельности.

Медицинское учреждение, имеющее лицензию на право оказания определенных видов медицинской помощи, использует поступившие средства в соответствии с договорами на оплату медицинской помощи (медицинских услуг) по территориальной программе ОМС по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по ОМС на территории субъекта Российской Федерации.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования используются медицинскими организациями по целевому назначению в соответствии со

структурой утвержденного тарифа по ОМС. В силу статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в составе Правил ОМС, и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой ОМС.

Структура тарифа приведена в пункте 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, пункте 157 Правил обязательного медицинского страхования. Он включает в себя все статьи расходов медицинских организаций, в том числе коммунальные расходы, расходы на уплату налога на имущество (за исключением затрат по капитальному строительству и приобретению дорогостоящего медицинского оборудования - стоимостью свыше 100 000 руб.). Кроме того, тариф на оплату медицинской помощи может включать:

- дополнительные элементы структуры тарифа, определенные программой госгарантий, утвержденной на 2016 г., в соответствии с пунктом 8 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ;

- расходы, определенные территориальной программой ОМС, в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, предусмотренным базовой программой ОМС, за счет средств субвенций из бюджета ФФОМС и межбюджетных трансфертов из бюджетов субъектов РФ в бюджет ТФОМС.

План - задание на выполнение объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2016 год для государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» утверждено решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области от 02 марта 2016 года.

Медицинское учреждение ведет учет услуг, оказанных застрахованным, и предоставляет ТФОМС и страховым медицинским организациям сведения по формам учета и отчетности, утвержденным в установленном порядке.

Расчеты между страховой медицинской организацией (ТФОМС) и медицинским учреждением производятся путем оплаты ею счетов медицинского учреждения.

Аналитический учет средств ОМС ведется отдельно от других средств по приносящей доход деятельности.

Как показали расчеты, проведенные в разделе 2.1 настоящей выпускной квалификационной работы, наибольший удельный вес в структуре доходов ГБУ АО «АКОД» занимают средства от приносящей доход деятельности.

Доходы от приносящей доход деятельности анализируемого учреждения здравоохранения в 2014-2016 годах складывались из:

- доходов от собственности - поступившая арендная плата от сдачи в аренду недвижимого имущества;

- доходов от оказания платных медицинских услуг - в этих доходах также учитываются доходы от оказания медицинских услуг по системе обязательного медицинского страхования. Также в составе указанных доходов учитываются доходы от оказания платных медицинских услуг, оплата которых осуществляется за счет личных средств юридических и физически лиц.

Положение об отделении дополнительных услуг ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер» утверждено приказом руководителя учреждения от 05.02.2013 № 82/1-О. Согласно данному приказу предоставление платных медицинских услуг осуществляется отделением с участием специалистов и материальной базы следующих структурных подразделений учреждения: диспансерного отделения, отделения терапии и функциональной диагностики, хирургических отделений №№ 1-7, химиотерапевтического отделения и других;

- доходы от штрафов, пени – данный доходы начислены учреждением по результатам неисполнения либо несвоевременного исполнения подрядчиками (поставщиками) условий государственных контрактов в рамках Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» [7];

- доходов от реализации активов – продажа неиспользуемого оборудования и материалов, а также изъятие их по решению собственника имущества;

- прочие доходы.

Проанализируем поступление средств от приносящей доход деятельности по данным бюджетной отчетности ГБУ АО «АКОД» за 2014- 2016 годы (таблица 9). Информационной основой анализа послужили отчеты о финансовых результатах

деятельности учреждения за 2014 – 2016 годы (форма 0503721) (приложения А, Б, В), а также отчеты по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» за 2014 – 2016 годы.

Таблица 9 – Анализ доходов ГБУ АО «АКОД» от приносящей доход деятельности за 2014 - 2016 годы

№ п/п	Наименование показателя	2014 год		2015 год		2016 год		Отклонение данных 2016 года к 2014 году	
		тыс. руб.	процент	тыс. руб.	процент	тыс. руб.	%	тыс. руб.	процент
1	Доходы от собственности	1 395	0,16	1 652	0,19	1 740	0,20	345	0,04
2	Доходы от оказания платных услуг	867 588	101,08	843 664	99,05	855 885	99,68	-11 703	-1,40
3	Доходы от штрафов, пени, иных сумм принудительного изъятия	527	0,06	3 618	0,42	1 018	0,12	491	0,06
4	Доходы от реализации активов	-106 025	-12,35	2 777	0,33	23	0,00	106 048	12,36
5	Прочие доходы	94 819	11,05	17	0,00	-21	0,00	-94 840	-11,05
	Итого	858 304	100	851 728	100,00	858 645	100,00	+341	0,00

За анализируемый период доходы учреждения от приносящей доход деятельности увеличились на 341 тыс. руб., в том числе за счет роста доходов от собственности на 345 тыс. руб., доходов от штрафных санкций, предъявленных поставщикам (подрядчикам) – на 491 тыс. руб. А доходы от оказания платных услуг в 2016 году сложились в сумме, которая на 11 703 тыс. руб. ниже уровня 2014 года.

Наибольший удельный вес в структуре доходов от приносящей доход деятельности занимают доходы от оказания платных услуг: в 2015 году - 99,05%, в 2016 году – 99,68%.

Необходимо отметить, что доходы, отраженные в бюджетной отчетности учреждения, а именно в отчете о финансовых результатах деятельности учреждения, это доходы, которые только начислены к получению. В соответствии с пунктом 295 Инструкции по применению Единого плана счетов [16] доходы учреждения учитываются на соответствующих счетах бюджетного учета по методу начисления, согласно которому результаты операций признаются по факту их

совершения, независимо от того, когда получены или выплачены денежные средства (или их эквиваленты) при расчетах, связанных с осуществлением указанных операций. Таким образом, отраженные в отчете доходы, не тождественны фактически поступившим на лицевые счета учреждения доходам.

Для более наглядного изложения структура доходов от приносящей доход деятельности представлена на рисунке 3.

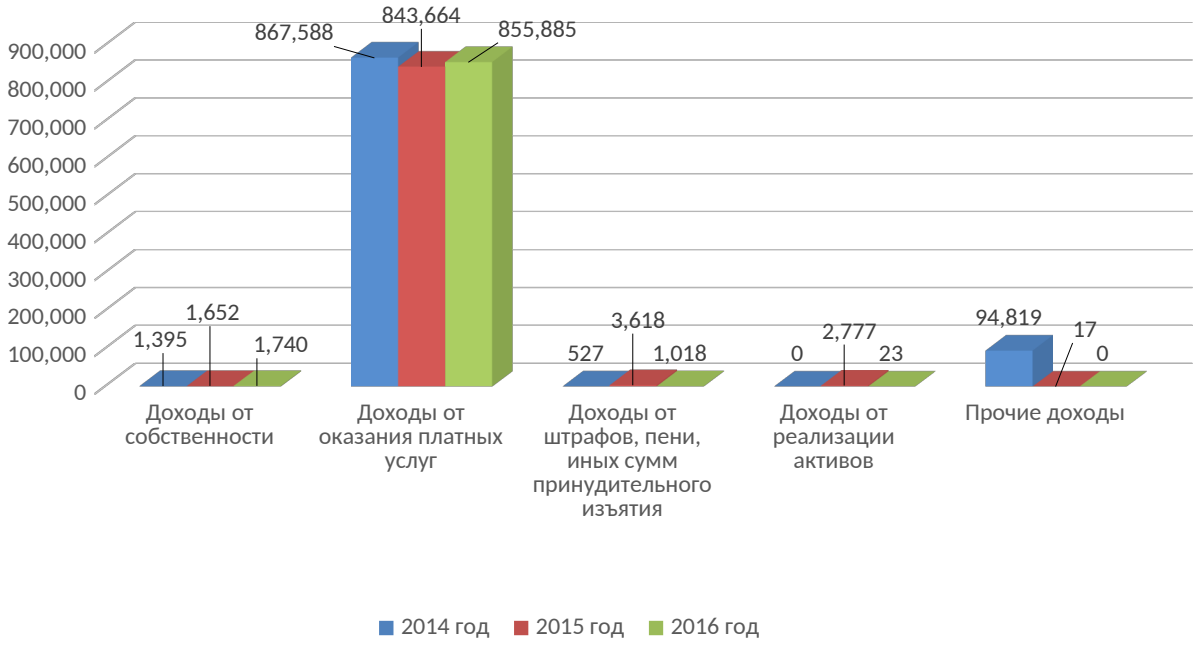

Рисунок 3 - Структура доходов от приносящей доход деятельности ГБУЗ АО «АКОД» за 2014 -2016 годы

Проанализируем расходы ГБУ АО «АКОД» за 2014-2016 годы, которые сложились у учреждения и финансовым источником которых послужили средства от приносящей доход деятельности (таблица 10).

Таблица 10 – Анализ расходов ГБУ АО «АКОД» от приносящей доход деятельности за 2014 - 2016 годы

№ п/п	Наименование показателя	2014 год		2015 год		2016 год		Отклонение данных 2016 года к 2014 году	
		тыс. руб.	процент	тыс. руб.	%	тыс. руб.	проценц	тыс. руб.	процент
1	Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда	378 099	40,12	395 152	47,09	398 878	46,80	20 779	6,69
2	Услуги связи	1 976	0,21	2 076	0,25	2 070	0,24	94	0,03
3	Транспортные услуги	600	0,06	1 293	0,15	1 611	0,19	1 011	0,13
4	Коммунальные услуги	28 042	2,98	26 959	3,21	30 896	3,63	2 854	0,65

Продолжение таблицы 10

№ п/п	Наименование показателя	2014 год		2015 год		2016 год		Отклонение данных 2016 года к 2014 году	
		тыс. руб.	процент	тыс. руб.	процент	тыс. руб.	%	тыс. руб.	процент
5	Работы, услуги по содержанию имущества	13 987	1,48	37 434	4,46	46 169	5,42	32 182	3,93
6	Прочие работы, услуги	39 308	4,17	48 346	5,76	51 747	6,07	12 439	1,90
7	Прочие расходы	27 475	2,92	28 413	3,39	28 208	3,31	+733	0,39
8	Безвозмездные перечисления организациям	0	0,00	383	0,05	0	0,00	0	0,00
9	Амортизация основных средств	11 254	1,19	4 628	0,55	6 395	0,75	-4 859	-0,44
10	Расходование материальных запасов	441 777	46,87	294 381	35,08	288 144	33,81	-153 633	-13,06
	Итого	942 518	100,00	839 065	100,00	852 218	100,00	-90 300	0,00

Таким образом, как показывают результаты проведенного анализа, в 2016 году расходы учреждения за счет средств от приносящей доход деятельности уменьшились в сравнении с 2014 годом на 90 300 тыс. руб., в основном за счет снижения расходования материальных запасов (-153 633 тыс. руб.), также незначительно снизились расходы, связанные с амортизацией основных средств (-4 859 тыс. руб.).

При этом затраты учреждения по остальным статьям расходов за указанный период показали рост. Так, затраты на оплату труда выросли в 2016 году по сравнению с итогом 2014 года на 20 779 тыс. руб., причиной тому послужил рост заработной платы работников социальной сферы в соответствии с требованиями указов Президента РФ.

Также значительный рост показали расходы, связанные с содержанием имущества (+32 182 тыс. руб.), причиной данного роста является проведение текущих ремонтов зданий и сооружений, принадлежащих ГБУ АО «АКОД». Затраты на коммунальные услуги выросли на 2 854 тыс. руб.

На рисунках 4 - 6 представлена структура расходов, источником финансирования которых являлись средства от приносящей доход деятельности.

На основании отчетов по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи

населению» за 2014 - 2016 годы проанализируем выполнение Учреждением показателей план - заданий на выполнение объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования на 2014-2016 годы.

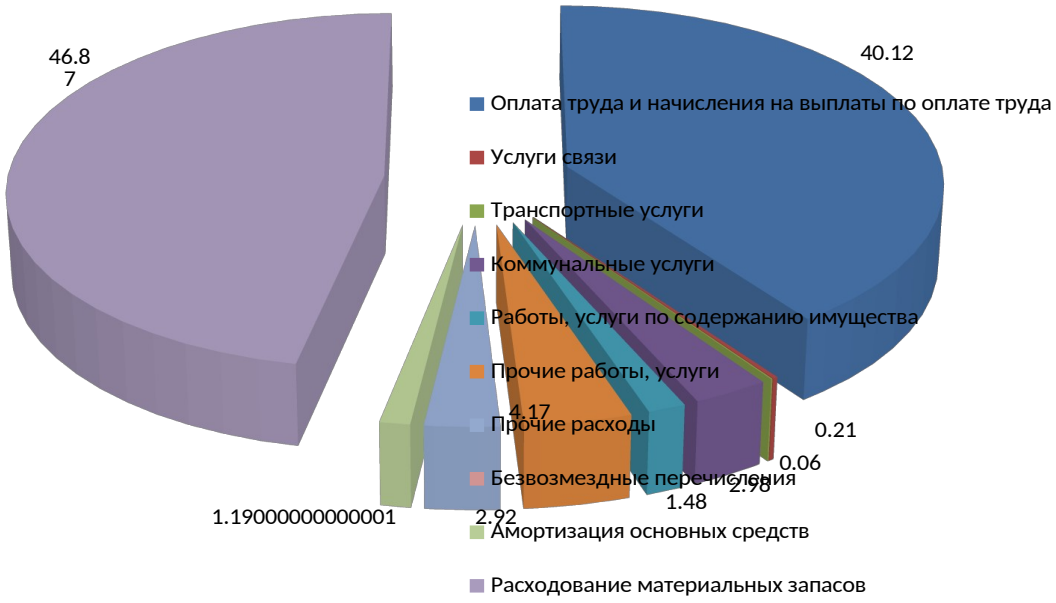

Рисунок 4 – Структура расходов за счет приносящей доход деятельности за 2014 год

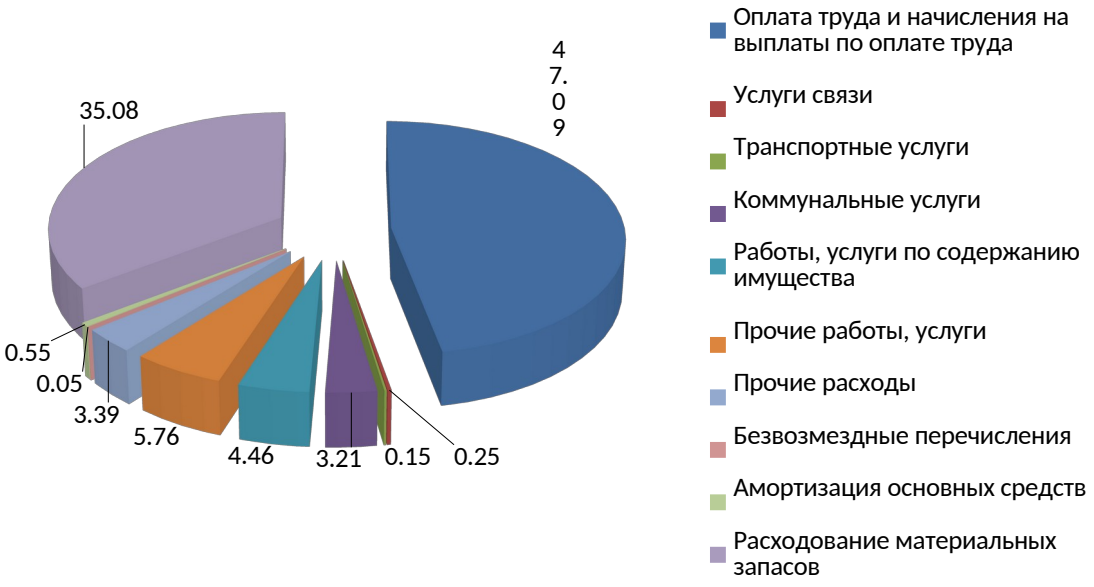

Рисунок 5 – Структура расходов за счет приносящей доход деятельности за 2015 год



Рисунок 6 – Структура расходов за счет приносящей доход деятельности за 2016 год

Таблица 11 – Формирование и выполнение территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год

Наименование показателя	Утверждено	Исполнено	Отклонение от плана
1 Медицинская помощь, оказанная амбулаторно			
- посещения, ед.	45 000	41 714	- 3 286
- обращения в связи с заболеванием, ед.	12 000	16 208	+ 4 208
- стоимость, руб.	62 060 115	63 392 789	+ 1 332 674
2 Медицинская помощь, оказанная стационарно			
- койко-дней, ед.	136 000	138 351	+ 2 351
- случаев госпитализации, ед.	8 500	8 829	+ 329
- стоимость, руб.	632 237 423	622 172 231	- 10 065 192
3 Медицинская помощь в условиях дневного стационара			
- пациенто-дни, ед.	25 000	26 278	+ 1 278

- пациенты, чел.	2 778	2 908	+ 130
- стоимость, руб.	81 453 901	64 959 707	-16 494 194
Итого объем оказания и финансирования медицинской помощи, всего, руб.	775 751 439	750 524 727	-25 226 712

За счет средств фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году было запланировано оказание медицинской помощи в ГБУЗ АО «АКОД» на общую сумму 775 751,4 тыс.руб., из которых наибольшая сумма предполагалась к направлению на медицинскую помощь, оказываемую в стационаре (81,50%). Исходя из запланированных показателей, стоимость 1 койко-дня должна была составить 4 648,80 руб.

На медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного стационара, было запланировано 81 453,9 тыс.руб., а стоимость 1 пациенто-дня должна была составить 3 258,16 руб.

На медицинскую помощь, оказанную стационарно, было запланировано 62 060,1 тыс. руб.

Фактически по итогам 2014 года учреждение оказало медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств фонда обязательного медицинского страхования, на сумму 750 524,7 тыс. руб., что на 25 226,7 меньше запланированного уровня.

При этом, несмотря на то, что количество пациенто-дней по итогам 2014 года составило 26 278 единиц, что на 1 278 ед. выше запланированного уровня, общая стоимость услуг, оказанных учреждением в условиях дневного стационара, на 16 494,2 тыс. руб. меньше запланированного показателя. Таким образом, стоимость 1 пациенто-дня фактически сложилась в сумме 2 472,02 руб., что на 786,14 руб. ниже плановой стоимости.

Аналогично, несмотря на то, что количество койко-дней по итогам 2014 года составило 138 351 единиц, что на 2 351 ед. выше запланированного уровня, общая стоимость услуг, оказанных учреждением в условиях стационара, на 10 065,2 тыс. руб. меньше запланированного показателя. Таким образом, стоимость 1 койко-дня фактически сложилась в сумме 4 497,06 руб., что на 151,74 руб. ниже плановой стоимости.

На рисунке 7 представим структуру фактически оказанной учреждением медицинской помощи в 2014 году.

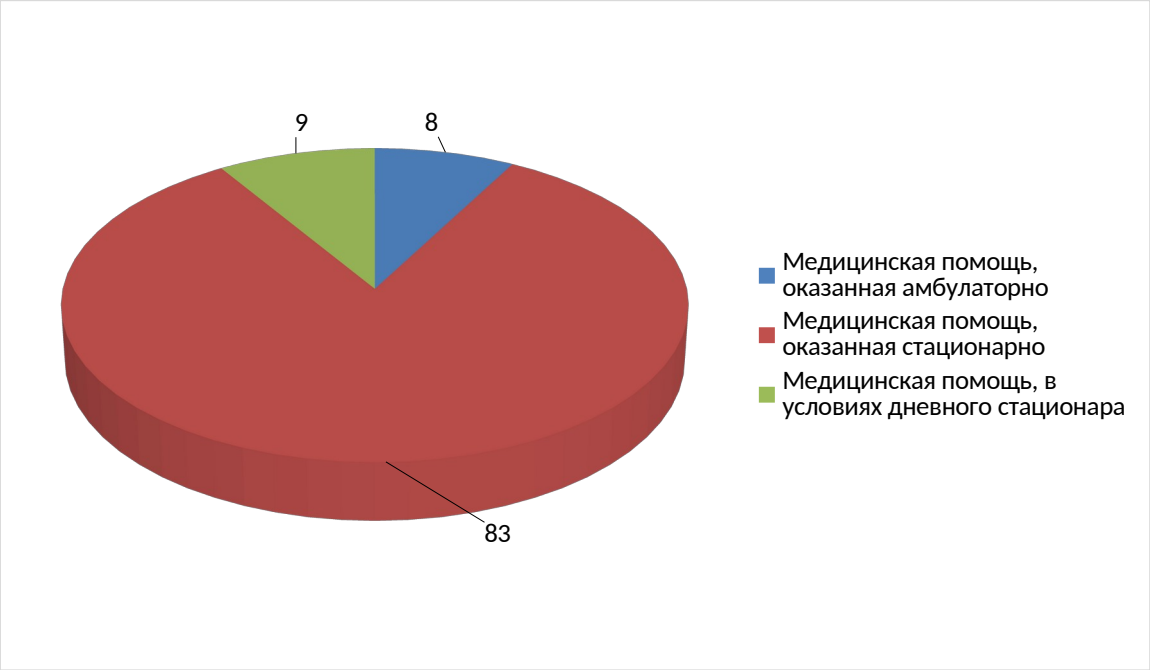

Рисунок 7 – Структура фактически оказанной ГБУ АО «АКОД» медицинской помощи в 2014 году

Таблица 12 – Формирование и выполнение территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год

Наименование показателя	Утверждено	Исполнено	Отклонение от плана
1 Медицинская помощь, оказанная амбулаторно			
- посещения, ед.	35 000	36 423	+ 1 423
- обращения в связи с заболеванием, ед.	18 300	17 794	- 506
- стоимость, руб.	74 560 000	70 904 500	- 3 655 500
2 Медицинская помощь, оказанная стационарно			
- койко-дней, ед.	136 000	135 641	- 359
- случаев госпитализации, ед.	7 862	8 296	+ 434
- стоимость, руб.	630 063 000	670 876 700	+40 813 700
3 Медицинская помощь в условиях			

дневного стационара			
- пациенто-дни, ед.	26 405	27 308	+ 903
- пациенты, чел.	3 228	3 198	- 30
- стоимость, руб.	105 187 900	57 992 300	- 47 195 600
Итого объем оказания и финансирования медицинской помощи, всего, руб.	809 810 900	799 773 500	-10 037 400

За счет средств фонда обязательного медицинского страхования в 2015 году было запланировано оказание медицинской помощи в ГБУЗ АО «АКОД» на общую сумму 809 810,9 тыс.руб., из которых наибольшая сумма предполагалась к направлению на медицинскую помощь, оказываемую в стационаре (77,80 %). Исходя из запланированных показателей, стоимость 1 койко-дня должна была составить 4 632,82 руб.

На медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного стационара, было запланировано 105 187,9 тыс.руб., а стоимость 1 пациенто-дня должна была составить 3 983,64 руб.

На медицинскую помощь, оказанную стационарно, было запланировано 74 560,0 тыс. руб.

Фактически по итогам 2015 года учреждение оказало медицинских услуг, оплачиваемых за счет средств фонда обязательного медицинского страхования, на сумму 799 773,5 тыс. руб., что на 10 037,4 меньше запланированного уровня.

При этом, несмотря на то, что количество пациенто-дней по итогам 2015 года составило 27 308 единиц, что на 903 ед. выше запланированного уровня, общая стоимость услуг, оказанных учреждением в условиях дневного стационара, на 47 195,6 тыс. руб. меньше запланированного показателя. Таким образом, стоимость 1 пациенто-дня фактически сложилась в сумме 2 123,64 руб., что на 1 860,0 руб. ниже плановой стоимости.

Аналогично, несмотря на то, что количество койко-дней по итогам 2015 года составило 135 641 единиц, что на 359 ед. ниже запланированного уровня, общая стоимость услуг, оказанных учреждением в условиях стационара, на 40 813,7 тыс. руб. выше запланированного показателя. Таким образом, стоимость 1 койко-дня фактически сложилась в сумме 4 945,97 руб., что на 313,15 руб. выше плановой стоимости.

В 2015 году учреждением оказана амбулаторная медицинская помощь на сумму 70 904,5 тыс. руб., что на 3 655,5 тыс. руб. ниже запланированного показателя. Фактически сложившаяся стоимость 1 посещения составила 1 946,70 руб., что на 183,58 руб. ниже планового показателя.

На рисунке 8 представим структуру фактически оказанной учреждением медицинской помощи в 2015 году.

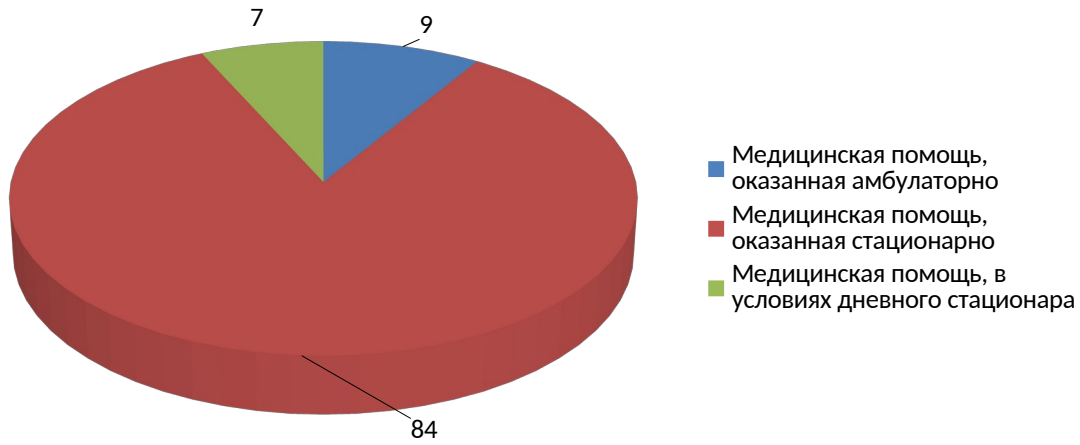

Рисунок 8 – Структура фактически оказанной ГБУ АО «АКОД» медицинской помощи в 2015 году

В отчете по форме федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» за 2016 год не указаны плановые показатели медицинской помощи, оказываемой учреждением, поэтому проанализируем только фактически сложившиеся расходы.

Таблица 13 – Формирование и выполнение территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год

Наименование показателя	Исполнено
1 Медицинская помощь, оказанная амбулаторно	
- посещения, ед.	34 508
- обращения в связи с заболеванием, ед.	18 398
- стоимость, руб.	127 256 342
2 Медицинская помощь, оказанная стационарно	
- койко-дней, ед.	125 191
- случаев госпитализации, ед.	7 873
- стоимость, руб.	542 100 296
3 Медицинская помощь в условиях дневного стационара	

- пациенто-дни, ед.	27 546
- случаев лечения, ед.	3 026
- стоимость, руб.	147 192 421
Итого объем оказания и финансирования медицинской помощи, всего, руб.	816 549 059

За счет средств фонда обязательного медицинского страхования в 2016 году учреждением оказано медицинской помощи на общую сумму 816 549,1 тыс.руб., из которых наибольшая сумма приходится на медицинскую помощь, оказываемую в стационаре (66,39 %). Фактическая стоимость 1 койко-дня в 2016 году составила 4 330,18 руб., что на 615,79 руб. меньше, чем по итогам 2015 года.

На медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара, было израсходовано147 192,4 тыс.руб., а стоимость 1 пациенто-дня фактически составила 5 343,51 руб., что на 3 219,87 руб. выше, чем в 2015 году.

В 2016 году учреждением оказана амбулаторная медицинская помощь на сумму 127256,3 тыс. руб. Фактически сложившаяся стоимость 1 посещения составила 3 687,73 руб., что на 1 741,03 руб. выше уровня предыдущего года.

На рисунке 9 представим структуру фактически оказанной учреждением медицинской помощи в 2016 году.

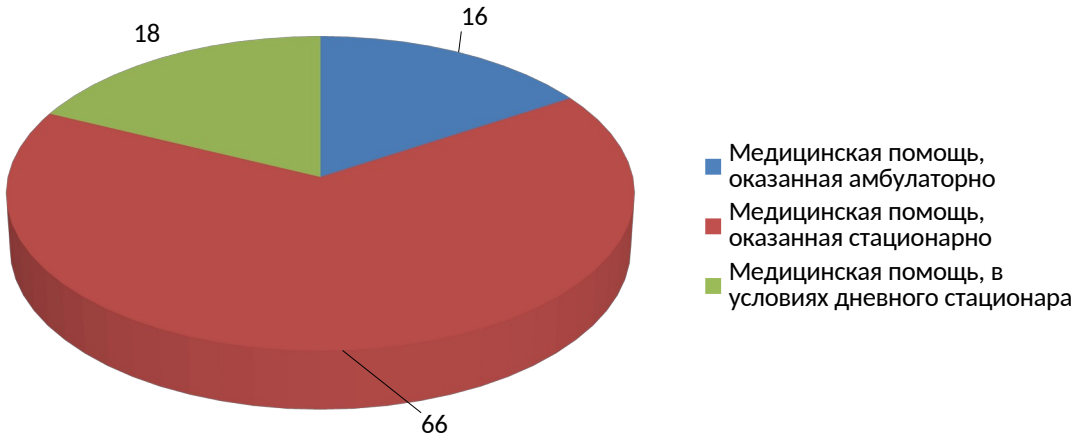

Рисунок 9 – Структура фактически оказанной ГБУ АО «АКОД» медицинской помощи в 2016 году

Проанализируем структуру оказанной учреждением в 2014-2016 годах медицинской помощи (таблица 14).

Таким образом, в течение 2014-2016 годов структура оказанной учреждением медицинской помощи значительно изменилась. Так, доля

медицинской помощи, оказание которой осуществляется в условиях стационара, снизилась на 17,49%, что в абсолютном значении составило 128 776,4 тыс. руб.

Наблюдается перераспределение средств, ранее предусмотренных на оказание медицинской помощи в условиях стационара, на амбулаторную медицинскую помощь и медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного стационара. Так, удельный вес амбулаторной медицинской помощи увеличился в анализируемом периоде на 6,71% (или на 56 351,8 тыс. руб.), а доля медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, возросла на 10,78% (или на 89 200,1 тыс. руб.).

Таблица 14 – Структура оказанной государственным бюджетным учреждением Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер»

Наименование показателя	2014 год		2015 год		2016 год		Динамика 2016 года к 2014 году	
	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент
1 Медицинская помощь, оказанная амбулаторно	70 904,5	8,87	63 392,8	8,45	127 256,3	15,58	+ 56 351,8	+6,71
2 Медицинская помощь, оказанная стационарно	670 876,7	83,88	622 172,2	82,90	542 100,3	66,39	-128 776,4	-17,49
3 Медицинская помощь в условиях дневного стационара	57 992,3	7,25	64 959,7	8,65	147 192,4	18,03	+89 200,1	+10,78
Итого объем оказания и финансирования медицинской помощи, всего, руб.	799 773,5	100,00	750 524,7	100,00	816 549,0	100,00	+16 775,5	0,0

На рисунке 10 представлена динамика структуры медицинской помощи, оказанной ГБУЗ АО «АКОД» в 2014 -2016 годах.

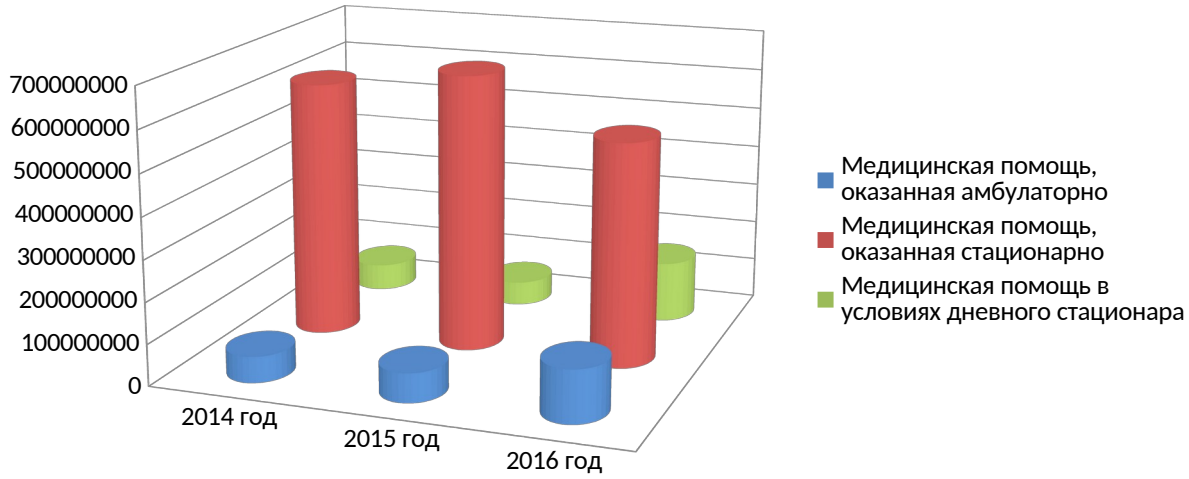

Рисунок 10 - Изменение структуры медицинской помощи, оказанной ГБУ АО «АКОД» в 2014-2016 годах

Проведем более подробный анализ платных медицинских услуг, которые государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер» в период с 2014 по 2016 годы.

Платные медицинские услуги, также как и медицинские услуги, оказываемые за счет средств фонда обязательного медицинского страхования, подразделяются на медицинскую помощь, оказанную в стационаре, амбулаторную медицинскую помощь и медицинскую помощь, оказываемую в условиях дневного стационара.

Информационным источником анализа является информация из раздела VII. «Платные медицинские услуги» отчета «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению».

Таблица 15 – Анализ платных медицинских услуг, оказанных ГБУ АО «АКОД» в 2014-2016 годах

Наименование показателя	2014 год		2015 год		2016 год		Динамика 2016 года к 2014 году	
	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент
1 Медицинская помощь, оказанная амбулаторно	30 977,9	95,61	42 242,4	94,55	42 091,8	97,13	+11 113,9	+1,52
2 Медицинская помощь, оказанная стационарно	1 180,4	3,64	2 170,1	4,86	889,0	2,05	-291,4	-1,59
3 Медицинская помощь в условиях дневного стационара	241,9	0,75	265,0	0,59	356,2	0,82	+114,3	+0,07
Итого объем оказания и финансирования медицинской помощи, всего, руб.	32 400,2	100,00	44 677,5	100,00	43 337,0	100,00	+10 936,8	0,0

Таким образом, как показали расчеты, проведенные в таблице 15, объем платных медицинских услуг, оказанных учреждением, за анализируемый период вырос на 10 936,8 тыс. руб., в том числе на 11 113,9 тыс. руб. вырос объем платных медицинских услуг, оказанных амбулаторно, на 114,3 тыс. руб. вырос объем услуг,

оказанных в условиях дневного стационара, а стационарная медицинская помощь снизилась на 291,4 тыс. руб.

Анализ структуры оказанных платных медицинских услуг показал, что за анализируемый период выросла доля платных услуг, оказанных амбулаторно, рост составил 1,52%, также незначительно увеличился удельный вес платных медицинских услуг, оказанных в дневном стационаре, рост составил 0,07%.

А удельный вес платных медицинских услуг, оказанных в условиях стационара, за период с 2014 по 2016 год снизился на 1,59%.

На рисунке 11 представлена динамика структуры платных медицинских услуг, оказанных ГБУЗ АО «АКОД» в 2014-2016 годах.

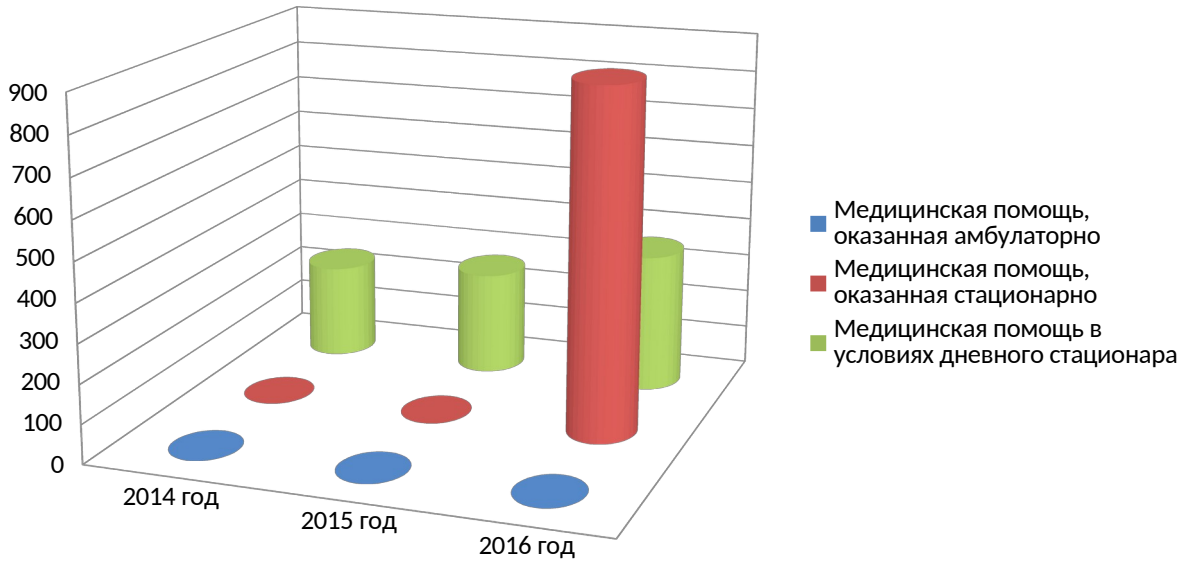

Рисунок 11 – Изменение структуры оказываемых ГБУ АО «АКОД» платных медицинских услуг за 2014-2016 годы

Согласно информации из раздела VII. «Платные медицинские услуги» отчета «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» источниками финансирования платных медицинских услуг являются личные средства граждан, средства от добровольного медицинского страхования и прочие средства.

Анализ структуры источников финансирования платных медицинских услуг представлен в таблице 16.

Таблица 16 – Анализ структуры источников финансирования платных медицинских услуг, оказанных ГБУЗАО «АКОД» в 2014-2016 годах

Наименование показателя	2014 год		2015 год		2016 год		Динамика 2016 года к 2014 году	
	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент	тыс.руб.	процент
1 Личные средства граждан	28 772,5	88,80	39 396,0	88,18	38 428,5	88,67	9 656,00	-0,13
2 Добровольное медицинское страхование	1 097,5	3,39	1 346,1	3,01	1 723,2	3,98	625,70	+0,59
3 Прочие источники	2 530,2	7,81	3 935,4	8,81	3 185,3	7,35	655,10	-0,46
Итого, руб.	32 400,2	100,00	44 677,5	100,00	43 337,0	100,00	10 936,80	0,0

Результаты проведенного в таблице 16 анализа позволяют сделать вывод о том, что за анализируемый период структура источников финансирования платных медицинских услуг изменилась крайне незначительно. В течение всего периода превалирующим источником финансирования платных медицинских услуг являются личные средства граждан, их доля в общем объеме оплаченных платных услуг составляет более 88 %.

Удельный вес такого источника платных медицинских услуг, как средства добровольного медицинского страхования, незначителен и составляет от 3 до 4% в общем объеме оплаченных медицинских услуг, оказанных на платной основе.

Прочие источники финансирования платных услуг составляет около 7- 8%.

На рисунках 12-14 представлена структура источников оплаты медицинских услуг за 2014-2016 годы.

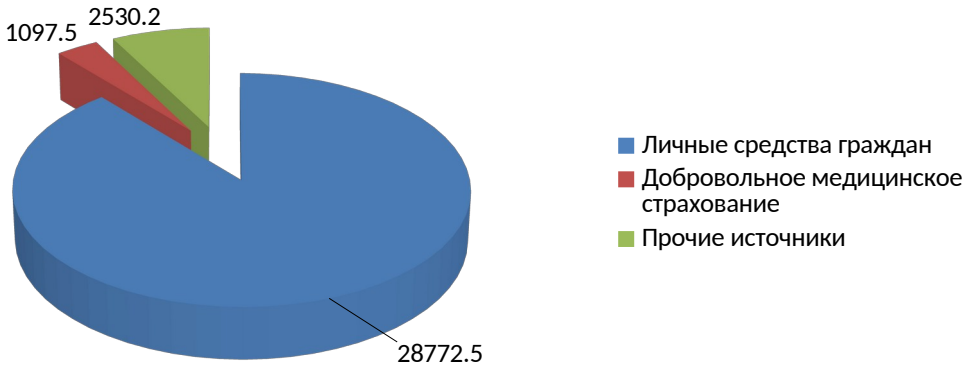

Рисунок 12 – Структура источников оплаты медицинских услуг, оказанных ГБУ АО «АКОД» в 2014 году на платной основе

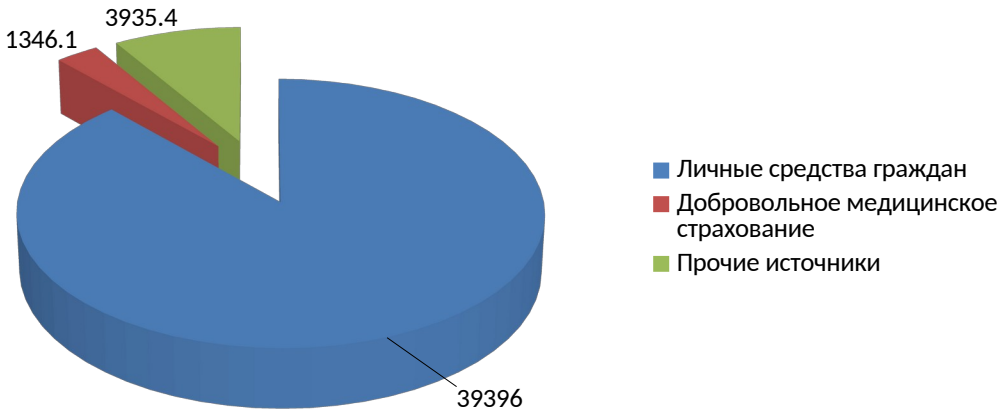

Рисунок 13 – Структура источников оплаты медицинских услуг, оказанных ГБУ АО «АКОД» в 2015 году на платной основе

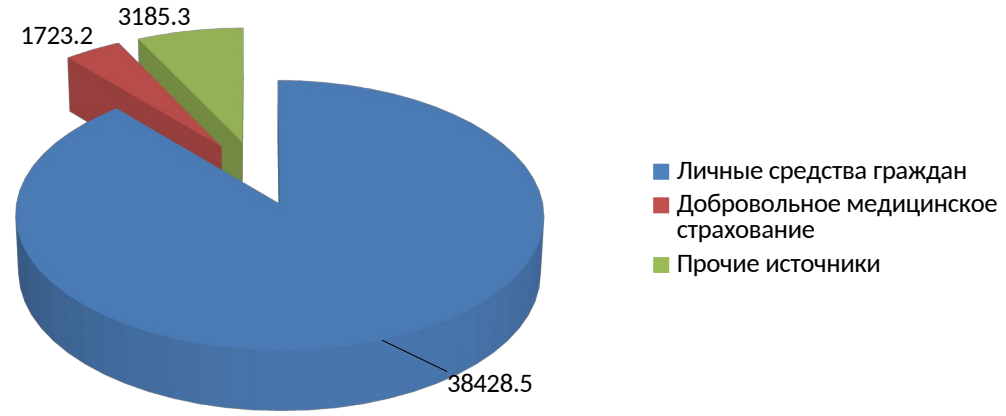

Рисунок 14 – Структура источников оплаты медицинских услуг, оказанных ГБУ АО «АКОД» в 2015 году на платной основе

3 ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1 Современные проблемы финансирования бюджетных организаций сферы здравоохранения в Российской Федерации

Проблемы, накопившиеся в здравоохранении России, вызывают серьезную обеспокоенность в обществе. Об этом свидетельствуют как объективные, так и субъективные показатели, характеризующие кризис системы здравоохранения: недофинансирование отрасли и нерациональное аккумулирование денежных средств, дефицит кадров, недоступность лекарственного обеспечения, а также мнение профессионального и гражданского общества о системе здравоохранения.

Система здравоохранения характеризуется наличием комплекса глубоких экономических проблем, которые воспроизводятся на протяжении последних нескольких лет (рисунок 15).

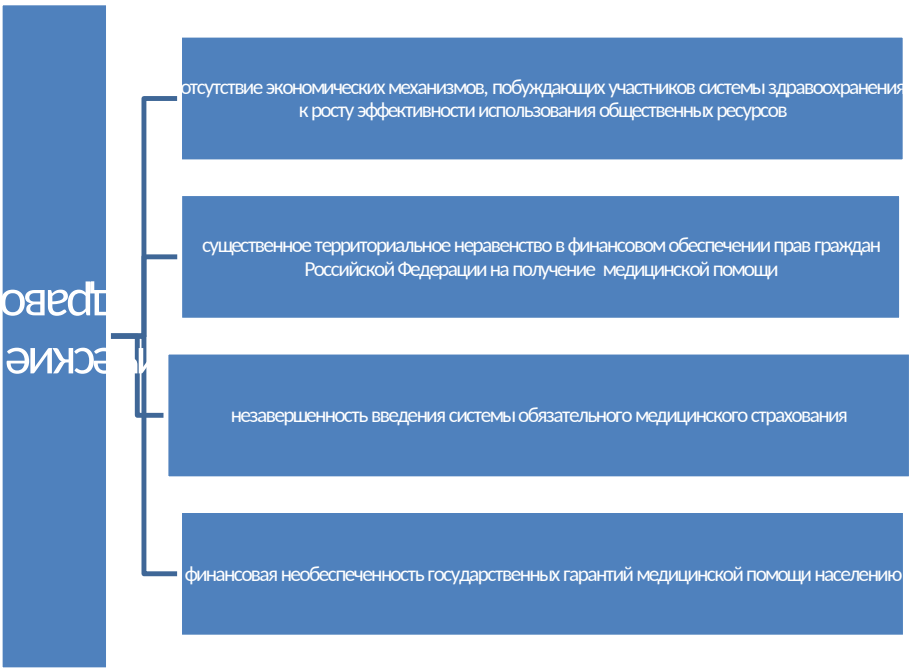

Рисунок 15 – Комплекс экономических проблем системы здравоохранения Российской Федерации

Перед системами здравоохранения всех стран мира стоят сложные проблемы. Некоторые страны (в том числе и Россия) вынуждены бороться с кризисом системы здравоохранения. Причем такой кризис каждой отдельно взятой страны глубоко коренится в демографических, социально-экономических, культурных процессах и является их общим следствием.

Это объясняется сложной экономической ситуацией в стране, сложившейся в результате входа в состав России новых территорий - Крыма и Севастополя. Процедура присоединения потребовала дополнительных расходов, неучтенных ранее в бюджете нащей страны. Тем не менее, здравоохранение, несмотря на проблему нехватки ассигнований все же остается в числе приоритетных для государства. Это обусловлено тем, что развитие любой страны тесно связано с уровнем и качеством предоставляемых медицинских услуг [26, с. 44-48].

Не менее серьезным пороком российской системы здравоохранения является неэффективность механизма распределения средств бюджетов публично-правовых образований и государственных внебюджетных фондов. Зачастую средства не доходят до своих получателей, либо используются не по целевому назначению.

Также в системе здравоохранения Российской Федерации существуют и иные проблемы, которые косвенно связаны с экономическими (таблица 17).

Таблица 17 - Проблемы системы здравоохранения Российской Федерации и причины их возникновения

Проблема	Причина возникновения
Нехватка медицинских работников	Сокращение квалифицированных специалистов, медицинского оборудования, больничных учреждений, что в свою очередь приводит к длинным очередям пациентов в часы приема, короткий график приема пациентов [21, с. 89-98]. Квалифицированные медицинские кадры продолжают менять государственные медицинские учреждения на частные. Главными причинами оттока специалистов заключаются в непродуманной системе распределения труда, низкой социальной поддержкой и высокими «бумажными оборотами».
Проблемы в эксплуатации современного медицинского оборудования	Современное оборудование представляет собой высокотехнологичные компьютизированные комплексы. Чтобы использовать оборудование на полную мощность, специалист должен освоить работу с этим приборам. К сожалению, наблюдается картина простаивания дорогостоящего оборудования. Отправить специалиста на повышение квалификации у руководства учреждения не имеется возможности, вследствие отсутствия финансирования. Поэтому приходится пользоваться старым изношенным оборудованием. В условиях дефицита кадров сложно отпустить главного врача на обучение даже на 2 месяца. Развивая дистанционное образование, следует использовать его для тех, кто уже имеет стаж работы и определенные практические навыки.

Продолжение таблицы 17

Проблема	Причина возникновения
Существенные различия в обращаемости за разными видами медицинской помощи между категориями населения, различающимися по уровню доходов	Состоятельные платят за визит в медицинские учреждения в 2,5 раза чаще, чем представители групп с низким доходом. Бедные тратят в 1,5 раза большую долю бюджета домохозяйства, чем обеспеченные.
Система обязательного медицинского страхования не решает полностью проблемы финансирования	Многочисленные страховые компании, являясь посредниками между медицинскими учреждениями и фондом ОМС, не отвечают за качество медицинской помощи, но оттягивают на свое содержание и без того мизерное финансирование лечебно-профилактические учреждения. Медико-экономические стандарты в системе ОМС несовершенны, предусматривают необоснованно длительное пребывание больного на койке и чрезмерное количество анализов, в то время как тарифы резко занижены и не покрывают финансовые затраты на лечение и обследование больного. Вместе с тем, страховые компании многочисленными проверками отвлекают врачей от работы и накладывают штрафные санкции за недостатки, не влияющие на исходы лечения, а именно за неправильное оформление историй болезни (неправильное определение показаний к госпитализации, отсутствие в анамнезе пациента указания принимаемых пациентом

	препаратов и их дозировку для лечения сопутствующих заболеваний). Контроль в системе ОМС превратился не в контроль за качеством медицинской помощи, а в контроль за регламентированными в медико-экономических стандартах (МЭС) койко-днями и выполненными анализами. Принятый в 2010 году Федеральный закон № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», определил основания для применения санкций, а их размеры стали предметом договора между страховыми компаниями и медицинскими организациями, работающими в системе ОМС. Рекомендованные размеры штрафных санкций были зафиксированы отдельным письмом ФФОМС (от 15.03.2011 № 1257/30-4/и). Размеры санкций по некоторым видам нарушений доходили до 500% от размера норматива финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в расчете на одно застрахованное лицо в год. Кроме того, в системе ОМС нарушен принцип солидарности, когда богатый платит за бедного, работающий – за неработающего, здоровый – за больного. В России обязательный страховой взнос платит работодатель из фонда оплаты труда, а не из своей прибыли, то есть за счет недоплаченной зарплаты работающим. В итоге работающее население платит в систему ОМС все больше, сама система ОМС становится более затратной, а медицинская помощь становится все менее доступной.

Сложившаяся модель ОМС не оказала существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Не оправдались первоначальные ожидания появления конкуренции между страховщиками, стимулирующей их активность в защите прав застрахованных и оптимизации размещения заказов среди медицинских организаций. Население практически не может выбрать страховщика, а сами страховщики не несут финансовых рисков в отношении оплаты медицинской помощи и поэтому не заинтересованы в выборе более эффективных вариантов организации предоставления медицинской помощи застрахованным.

Эти проблемы во многом обусловлены низкой управляемостью системы ОМС. По существу, эта система распалась на множество фрагментов с построением каждым субъектом Российской Федерации собственной модели ОМС.

Также серьезной проблемой обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи является значительная дифференциация размеров государственного финансирования здравоохранения по регионам. Разница между регионами с наибольшими расходами на душу населения (Таймырский

автономный округ – 8900 рублей) и наименьшими (Республика Дагестан – 590 рублей) достигала 15-кратного размера.

Такие различия свидетельствуют о неэффективности существующих механизмов выравнивания финансовых условий реализации программы государственных гарантий оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

Существующие экономические механизмы в системе здравоохранения не создают у ее участников стимулов к повышению эффективности использования общественных ресурсов. Центральной проблемой организации финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения является двойственность источников и методов их финансирования за предоставление населению медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС.

Перед системой здравоохранения России стоит непростая задача – разрешение последствий недофинансирования отрасли, приведшее к снижению качества и доступности медицинской помощи, технологическому отставанию медицины и ухудшению состояния основных фондов. Стратегия развития здравоохранения до 2020 года содержит теоретические планы модернизации отрасли в нескольких аспектах, включая обеспечение универсального доступа граждан к здравоохранению. Однако проблема в том, что планы, отраженные в Стратегии не подкреплены достаточными финансами. Наоборот, в 2013 году принято решение о снижении темпов роста расходов на здравоохранение даже по сравнению с самым консервативным сценарием. Для решения проблемы недофинансирования государство поставлено в условия постоянного поиска новых источников экономии. С этой целью предполагается проведение масштабной реструктуризации и укрупнения лечебно-профилактической сети, путем слияния больниц.

Исходя из проведенного анализа состояния системы здравоохранения России, можно утверждать, что существуют структурные проблемы в данной области. Вместо срочного решения первоочередных проблем по ликвидации дефицита медицинских кадров и повышения их квалификации расходы по этим статьям в государственной программе «Развитие здравоохранения» снижаются в постоянных ценах. Отсутствие в 2014-2015 гг. роста расходов на здравоохранение

уже привело к снижению доступности и качества медицинской помощи, общего коэффициента смертности (ОКС).

Сохранение данной политики государства в области финансирования здравоохранения с учетом имеющихся негативных тенденций (сокращение бюджетного финансирования, сокращение высококвалифицированных кадров в рамках реформы здравоохранения, увеличение инфляции, девальвация рубля, санкции, напряженная геополитическая обстановка) приведет к снижению ОКС. А как следствие, снижение уровня ОКС окажет негативное влияние на социально-экономическую обстановку в стране.

Модернизация системы здравоохранения неизбежна. Главное в модернизации российского здравоохранения – системность преобразований и постепенность их осуществления. Конечной целью является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

Реформирование систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования в Российской Федерации неосуществимо без прогрессивных экономических методов управления, включая анализ эффективности использования имеющихся ресурсов.

В сложных условиях проведения реформы в здравоохранении первостепенное значение приобретают принципы программно-целевого планирования и финансирования отрасли (рисунок 16).



Рисунок 16 – Основные принципы программно-целевого планирования и финансирования сферы здравоохранения в Российской Федерации

Реализация этих принципов возможна лишь при увеличении расходов на здравоохранение в среднесрочной перспективе из государственных источников финансирования до 4,7% от ВВП [26, с. 44-48].

В целях дальнейшего повышения эффективности бюджетных расходов в сфере здравоохранения в очередном году и плановом периоде предлагается принять меры, отраженные на рисунке 17.

Финансирование в некоторых областях здравоохранения (стоматология, урология, акушерство и гинекология, челюстно-лицевая хирургияи др.) покрывает государство. В данных направлениях участие частного бизнеса маловероятно, но в области реабилитации, сестринского ухода, паллиативной помощи, дистанционного мониторинга и некоторых других взаимодействие государственных структур и частного сектора возможно.



Рисунок 17 - Основные направлния преобразования системы здравоохранения Россисйкой Федерации

Применение механизма ГЧП возможно и при предоставлении дорогостоящих видов медицинских услуг (строительство современных медицинских центров с качественным оборудованием), при оказании высокотехнологической медицинской помощи населению (экстракорпоральное оплодотворение, выхаживание 500-граммовых младенцев, трансплантология). Повысить эффективность обследований и лечения можно как раз при использовании ГЧП в подобных видах услуг. Вместе с тем это может привести к увеличению ограниченности доступа к получению таких видов услуг для многих граждан, которые не располагают достаточными собственными средствами.

3.2 Рекомендации по совершенствованию финансирования ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер»

Как было отражено в главе 2 (разделы 2.2., 2.3) основным источником финансирования деятельности ГБУ АО «АКОД» в рамках одноканальной системы финансирования выступают средства фонда обязательного медицинского страхования.

Как следует из пункта 1 статьи 40 Федерального закона № 326-ФЗ [5] контроль объемов, сроков, качества и условий медицинской помощи, которые фактически предоставлены медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые установлены территориальной программой обязательного медицинского страхования и договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, проводится в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом ФФОМС № 230.

По результатам контроля медицинская организация может быть подвергнута санкциям, размеры и условия наложения которых предусмотрены ст. 41 Федерального закона № 326-ФЗ, а также договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Медицинской организации имеет право в течение 15 рабочих дней со дня получения актов страховой компании обжаловать ее заключение при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-

экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи путем направления претензии в ТФОМС.

Если медицинская организация обратится в ТФОМС за пределами указанного срока, то претензия будет отклонена.

Самым неблагоприятным последствием, которому подвергается медицинская организация по результатам медико-экономического контроля (экспертизы), экспертизы качества медицинской помощи, является неоплата или уменьшение оплаты медицинской помощи. Еще одним неблагоприятным последствием является наложение штрафов на медицинскую организацию.

В целях реализации контроля качества оказанных медицинских услуг по окончании каждого календарного месяца ГБУ АО «АКОД» формирует и предоставляет в ФОМС г. Архангельска реестр медицинской помощи, фактически оказанной в рамках Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Архангельской области. Фонд проводит форматно-логический контроль, по окончании которого формируется акт форматно-логического контроля.

Форматно-логический контроль представляет собой автоматизированный контроль файлов, содержащих информацию о застрахованных гражданах, оказанной медицинской помощи и результатах контроля, проведенного страховщиками, на соответствие утвержденному формату, регистру застрахованных граждан, Положению, правилам обязательного медицинского страхования граждан на территории Архангельской области, иным нормативно – методическим документам, регламентирующим вопросы оказания и оплаты медицинской помощи, обязательного медицинского страхования.

После того, как акт форматно-логического контроля заверен со стороны лечебного учреждения и со стороны Фонда ОМС, формируются счета на оплату страховым компаниям. В то же время ФОМС распределяет информацию, содержащуюся в реестрах по страховым компаниям. Страховые компании в свою очередь проводят серию экспертиз, а именно:

– медико-экономический контроль (МЭК) - это контроль всех без исключения случаев оказания медицинской помощи, предъявленных к оплате в реестрах счетов без необходимости обращения к первичной документации;

– медико-экономическая экспертиза (МЭЭ) - экспертиза, к целью проведения которой является подтверждение соответствия объемов медицинских услуг, предъявленных к оплате, записям в учетно-отчетной документации медицинского учреждения;

– экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – это исследование случаев оказания медицинской помощи с целью выявления дефектов, ошибок в деятельности медицинского персонала, причин их возникновения, оценки их реальных и возможных последствий, оформление мотивированного заключения и составление рекомендаций по предотвращению типичных ошибок.

Согласно данным, предоставленным ГБУ АО «АКОД», в 2016 году по результатам указанных экспертиз неоплата случаев оказания медицинской помощи, признанных дефектными, составила 3 709 тыс. рублей. Структура неоплаченных случаев представлена в таблице 18.

Таблица 18 - Структура неоплаченных случаев оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования по данным ГБУ АО «АКОД» за 2016 год

Страховая компания	Предъявлено к оплате за оказанную медицинскую помощь	Неоплата случаев по результатам МЭК		Неоплата случаев по результатам МЭЭ		Неоплата случаев по результатам ЭКМП	
		сумма, руб.	удельный вес, %	сумма, руб.	удельный вес, %	сумма, руб.	удельный вес, %
АО «Согаз-мед»	38 439	1 520	63,12	852	89,68	243	69,23
ООО «ВСК»	7 632	885	36,75	98	10,32	98	27,92
ОАО «Росгосстрах»	241	3	0,13	0	0	10	2,85
Итого	46 312	2 408	100,00	950	100,00	351	100,00

Как показывают данные из таблицы 13 (раздел 2.3 настоящей работы) общий объем средств, полученных ГБУ АО «АКОД» в рамках деятельности, финансируемой за счет средств ФОМС, составил 816 549 059 руб. Из указанной суммы медицинские услуги на сумму 46 312 тыс. руб. были подвергнуты медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, а также экпертизе

качества медицинской поомщи. Указанные контрольные мероприятия были проведены тремя страховыми команиями.

По результатам проведенных контрольных мероприятий было установлено, что медицинские услуги на общую сумму 3 709,0 тыс. руб. были предоставлены ГБУ АО «АКОД» с нарушением требований ФОМС.

При выявлении незначительных дефектов, возможно повторное предъявление к оплате случаев после исправления дефектов, это касается в основном технических ошибок, допущенных из-за несовершенности программного обеспечения, выявленных во время медико-экономического контроля. Согласно Положению об оплате медицинских услуг в системе ОМС на территории Архангельской области, к дефектам с возможностью доработки относятся организационные нарушения, затрудняющие проведение экспертизы и своевременной оплаты медицинской помощи. К таким нарушениям относятся неполное или неверное заполнение полей идентификации застрахованного, применение завышенного тарифа, не соответствующего категории медицинского учреждения, профилю или виду медицинской помощи и другие дефекты.

Так в 2016 году 37% неоплаченных по результатам медико-экономического контроля, и 7,6% - по результатам медико-экономической экспертизы, случаев были повторно предъявлены к оплате и оплачены страховыми компаниями. То есть итоговая сумма неоплаты случаев оказания медицинской помощи в 2016 году составляет 2 746 тыс. рублей, что составляет 0,34 % от суммы предъявленной к оплате в 2016 году.

Несмотря на на то, что в общем объеме медицинских услуг, оказанных ГБУ АО «АКОД» в 2016 году, объем медицинской помощи, оказанной с каким-либо нарушениями, незначителен (0,34%), медицинскому учереждению следует принять меры по полному устранению причин, которые повлекли за собой указанные нарушения.

С этой целью в ГБУ АО «АКОД» следует уделить пристальное внимание системе внутреннего контроля качества медицинской помощи. Внутренний контроль качества медицинской помощи в ЛПУ на законодательном уровне был закреплен сравнительно недавно. Только с 01.01.2012 в особую статью федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» был выделен внутренний контроль за качеством и безопасностью медицинской деятельности, который осуществляется в порядке, установленном руководителями медицинских организаций (ст. 90 Закона № 323-ФЗ). Относительно процедуры проведения внутреннего контроля нет конкретных рекомендаций. В статье 90 Федерлаьного закона «Об охране здоровья» указано, что внутренний контроль производится по усмотрению руководителей лечебно-профилактических учреждений.

В целях повышения эффективности системы внутренного контроля качества медицинских услуг предлагаем ГБУ АО «АКОД» рассмотреть возможность приобретения программного комплекса, который позволит полностью автоматизировать процесс оформления каждой медицинской услуги, а также осуществлять контроль по всем тем показателям, которые установлены нормативноми документами фонда обязательного медицинского страхования.

Таким программным комплексом может быть медицинская информационная система MedWork (далее – МИС MedWork).

Возможности МИС MedWork позволят медицинскому учреждению осуществлять:

- ведение истории болезни и амбулаторной карты;
- полный охват всех основных этапов лечебного процесса;
- получение и обработку медицинской и финансовой статистики;
- подготовку и печать выписок;
- планирование приемов, лечебной работы;
- взаимодействие с организациями и страховыми компаниями по ОМС;
- проектирование и формирование выходных отчетных форм.

Предлагаемая программа применима во всех типах лечебных учреждений благодаря:

- полной настраиваемости пользователем всех форм ввода и выписок;
- легкости администрирования и обучения;
- масштабируемости системы от использования в медпункте до крупного медицинского учреждения, диагностическом центре, больнице из нескольких зданий;

- гибкости и удобству системы в настройке профилей пользователей, в интеграции с существующими программами, экспорте-импорте данных из существующих программ;

- открытости системы для доработки и сопровождения как персоналом медицинского учреждения, так и сторонними разработчиками.

Кроме того, возможности предлагаемой программы позволяют осуществить интеграцию с федеральными сервисами и системами, в том числе интеграцию с сервисом ЕГИЗС (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения), взаимодействие с организациями и страховыми компаниями по ОМС и ДМС.

Экономическая эффективность от приобретения и внедрения программного комплекса МИС MedWork будет заключаться в максимальном нивелировании неправильного оформления оказанных медицинских услуг, что приведет в конечном итоге к снижению неоплаты медицинкой помощи со стороны ФОМС.

Поскольку на уровне отдельно взятого учреждения здравоохранения не представляется возможным повлиять на систему одноканального финансирования, то в целях повышения финансовой независимости от бюджетных средств, учреждение здравоохранения в рамках установленных уставом может оказывать платные медицинские услуги, тем самым получая дополнительный источник доходов.

Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утверждены Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 [15].

Учреждения здравоохранения самостоятельно определяют возможность оказания платных услуг в зависимости от материальной базы, численного состава и квалификации персонала, спроса на услуги и пр.

При определении цены услуги (работы), оказываемой по основному виду деятельности сверх установленного учредителем государственного задания, учреждения могут руководствоваться схемой (рисунок 18).

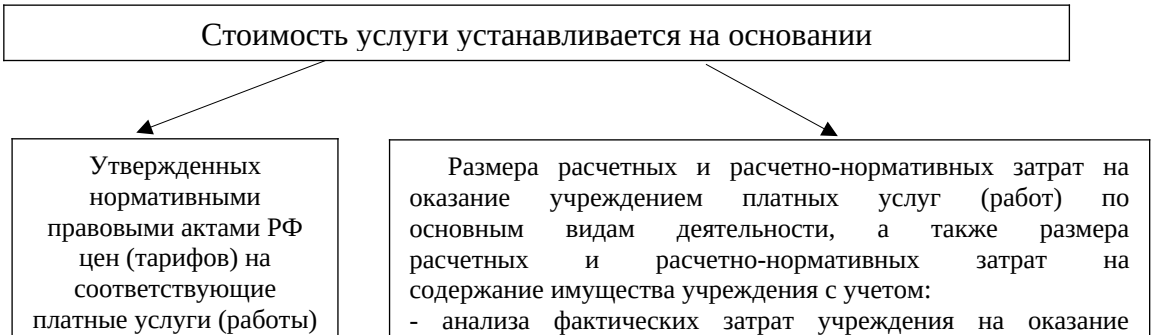

Рисунок 18 - Способы определения стоимости медицинской услуги

Как правило, цена определяется на основе расчета экономически обоснованных затрат с применением уровня рентабельности и повышающего коэффициента в отношении услуг, оказываемых в условиях, отличных от нормальных (в ночное время, в выходные и праздничные дни).

При определении объема расчетно-нормативных расходов, затрачиваемых на оказание одной единицы платной услуги, можно применять разменные методы калькулирования себестоимости услуги.

Перечень оказываемых учреждением платных услуг (работ), цены (тарифы) на услуги (работы), а также изменения в перечне платных услуг (работ) и изменения цен (тарифов) на услуги (работы) утверждаются приказом учреждения.

При определении объема расчетно-нормативных расходов, затрачиваемых на оказание одной единицы платной услуги, можно применять разные методы калькулирования себестоимости услуги (рисунок 19).

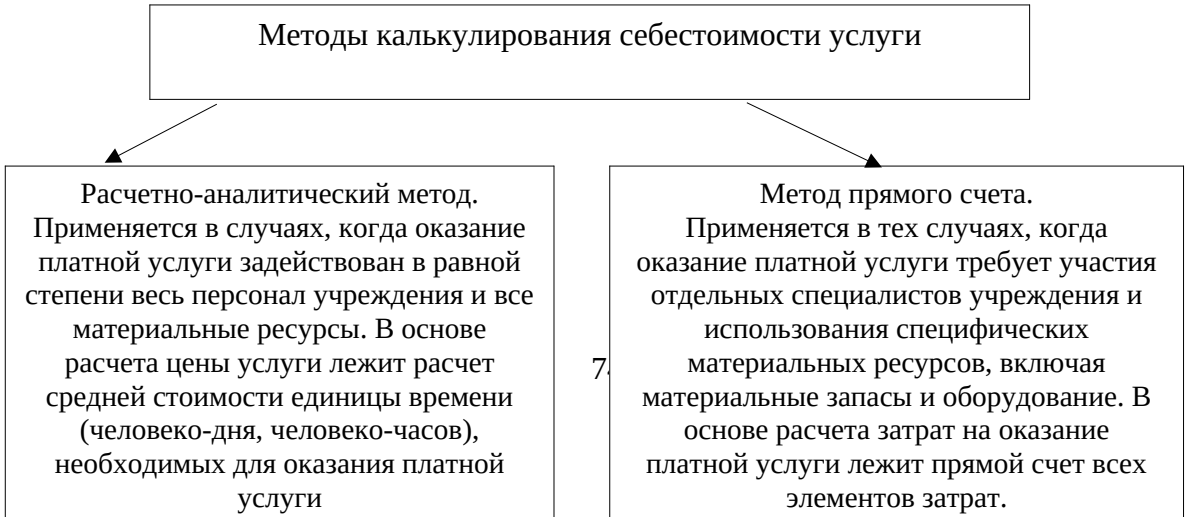

Рисунок 19 – Методы калькулирования себестоимости услуг

Повышение экономической эффективности ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» будем рассматривать в двух направлениях:

а) за счет резервов роста объема деятельности (за счет повышения эффективности использования медицинского оборудования);

б) за счет коммерциализации деятельности учреждения здравоохранения – оказание услуг населению.

Обеспокоенность и повышенное внимание к онкологическим заболеваниям – одна из особенностей современного здравоохранения. Во всем мире отмечается рост заболеваемости от неинфекционных хронических заболеваний, связанный, прежде всего, с ростом социально-экономического благополучия стран, увеличения продолжительности жизни, проведения профилактических мероприятий, направленных на выявление онкологических заболеваний. Вместе с тем, хронические неинфекционные заболевания являются важной причиной инвалидности и преждевременной смертности, серьезно влияют на показатель продолжительности жизни, являющийся одним из важнейших индикаторов Глобального индекса конкурентоспособности. Онкологические заболевания являются ведущими в структуре хронических неинфекционных заболеваний.

Одним из основополающих направлений современной медицины, без которого не ставится ни один врачебный диагноз, является диагностика. В настоящее время в этой сфере происходят серьезные изменения, приводящие к кардинальным переменам в подходах и принципах лечения. Современные методы диагностики позволяют расшифровывать индивидуальный патогенез у пациентов, проводить мониторинг развития заболевания, оценивать риск факторов, влияющих

на тяжесть заболевания, осуществлять правильный контроль за назначением и приемом препаратов.

Россия в данном вопросе старается не отставать от ведущих стран мира: в отечественной диагностике постоянно появляются новые, более информативные тесты, проводятся более полезные и значимые для врачей исследования, модернизируется оснащение. В то же время уровень услуг многих российских диагностических центров пока не соответствует мировому, а большинство населения не имеет доступа к высокотехнологичным диагностическим исследованиям.

Существуют различные методы диагностирующего обследования, каждый из которых имеет свои сильные и слабые стороны, которые зависят от индивидуального состояния пациента и действующей практики. Выбор метода обследования должен быть сделан на основании доступных ресурсов, предпочтений пациента, соблюдения рекомендаций врача и медицинских противопоказаний.

Ранняя диагностика злокачественных новообразований зависит главным образом от онкологической настороженности врачей общей практики и их знаний, дальнейшей тактики в отношении больного.

Анализ сложившегося спроса на платные услуги в г. Архангельске за 2016 год показал, что услуги онкодиспансера очень востребованы в городе по причине мало количества конкурентных фирм, оказывающих аналогичные услуги.

Анализ оказанных в течение 2016 года платных услуг показал, что очень востребованными в течение 21016 года были услуги по удалению новообразований кожи, в частности удаление родинок, папиллом, кератом из эстетических соображений. В ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» такая услуга оказывается методом электрокоагуляции — один из методов электрохирургии и используется для удаления патологии с помощью электрического тока. Процедура выполняется под местной анестезией. Применяется для удаления родинок, папиллом, мозолей, акне, угрей, остроконечных кондилом и др.

На 2017 год в отделе платных услуг ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» с целью увеличения объема оказываемых услуг

предлагается приобрести три единицы такого оборудования, как аппарат электрокоагуляции.

Источником приобретения аппаратов электрокоагуляции, которые будут использоваться при оказании платных медицинских услуг, выступают средства от приносящей доход деятельности.

Определим стоимость медицинской услуги (удаление новообразования кожи), оказание которой будет осуществляться с помощью приобретаемых аппаратов электрокоагуляции (таблицы 19-20).

Таблица 19 – Затраты, связанные с оказанием медицинских услуг по удалению новообразований кожи

Показатели	Единицы измерения	Значение показателя
1 Затраты на приобретение аппаратов электрокоагуляции:		
- количество аппаратов	шт.	3

Продолжение таблицы 19

Показатели	Единицы измерения	Значение показателя
- цена за единицу	руб.	75 000,00
- общая стоимость аппаратов	руб.	225 000,00
- затраты а транспортировку аппаратов из г. Москва	руб.	10 520,00
- пуско-наладочные расходы	руб.	1 500,00
Итого затраты на приобретение и ввод аппаратов электрокоагуляции в эксплуатацию	руб.	237 020,00
2 Прямые затраты, связанные с оказанием услуг по удалению новообразований, в расчете на 1 месяц:		
- заработная плата врача	руб.	35 000,00
- заработая плата медицинской сестры	руб.	18 500,00
- страховые взносы с заработной платы медицинских работников	руб.	16 157,00
- материальные запасы	руб.	24 000,00
Итого прямые затраты	руб.	93 657,00
3 Накладные расходы, связанные с оказанием услуг по удалению новообразований, в расчете на 1 месяц:		
- коммунальные услуги (электроэнергия, водоснабжение и канализация, теплоснабжение)	руб.	2 190,00
- услуги по содержанию имущества	руб.	930,00
- заработная плата и страховые взнсоы с заработной платы административно-управленческого персонала	руб.	682,00
- амортизация основных средств	руб.	134,00
Итого накладные расходы	руб.	3 936,00
Всего расходов, связанных с оказанием услуг по	руб.	97 593,00

удалению новообразований		

Пояснение в таблице 19:

- заработная плата врача и медицинской сестры, которые приняты в учреждение исключительно в целях оказания услуг по удалению новообразований кожи, определена им на основании условий трудовых договоров, заключенных с ними;

- с начисленного фонда заработной платы осуществляется исчисление суммы страховых взносов, в том числе в Пенсионный фонд РФ – 22,0%, в ФОМС – 5,1%, в ФСС – 2,9, а также 0,2% - на страхование от несчастных случаев на производстве;

- процесс электрокоагуляции довольно болезнен, поэтому при оказании услуг по удалению новообразований кожи используются препараты местной анестезии. В учреждении для этих целей планируется использование лидокаина. Кроме того, процесс удаления новообразований требует использования фольги, которая выполняет функции неактивного электрода. По информаци экономической службы учреждения затраты на приобретение вышеуказанных материальных запасов в расчете на 1 месяц составят 24,0 тыс. руб.;

- оказание услуг по удалению новообразований предполагается осуществлять в отдельно отведенном кабинете общей площадью 10,0 кв.м. При оказании данной медицинской услуги используется электричество. В целях соблюдения гигиенических норм медицинскому персоналу, который будет оказывать данные услгуи, требуется вода.

За 2016 год расходы ГБУ АО «АКОД», связанные с оплатой коммунальных услуг (электроснабжение, водоснабжение и канализация, а также теплоснабжение), составили 30 896,0 тыс. руб., соответственно, среднемесячные затраты – 2 574,67 тыс. руб.

В целях определения объема затрат по оплате коммунальных услуг, которые непосредственно связаны с оказанием услуг по удалению новообразований, будет испрользована такая база для распределения накладных расходов, как общая площадь всех помещений зданий учреждений. По данным технических паспортов общая площадь всех помещений зданий ГБУ АО «АКОД» составляет 12 475 кв.м. Соответственно, удельный вес площади кабинета, предоставленного для оказания

услуг по удалению новообразований, в общей площади всех помещений учреждения составляет 0,08%. Таким образом, объем коммунальных услуг, который учтен при калькулировании себестоимости услуги по удалению новообразований кожи в расчете на 1 месяц составит 2,06 тыс. руб. (2 574,67 тыс. руб. * 0,0008). С учетом повышения стоимости коммунальных услуг в 2017 году по сравнению с 2016 годом на 6,5%, стоимость коммунальных услуг, учитываемая в калькуляции услуги, составит 2,19 тыс. руб.;

- аналогичным образом, определены затраты, связанные с содержанием помещений;

- такие накладные расходы, как оплата труда административно-управленческого персонала, распределяются между всеми оказываемыми учреждением медицинскими услугами пропорционально фонду оплаты труда. Рассчитанный специалистами экономической службы коэффициент распределения таких затрат составил 0,01%. Затраты на оплату труда административно-управленческого персонала за 2016 год сложились в сумме 62 880,0 тыс. руб., соответственно, на долю услуг по удалению новообразований, приходится 6,288 тыс. руб. в год, 0,524 тыс. руб. – в месяц. Страховые взносы с такой оплаты в расчете на 1 месяц составят 0,158 тыс. руб.;

- в составе накладных расходов следует также учесть затраты, связанные с амортизацией основных средств. В состав основных средств, задействованных при оказании рассматриваемой платной услуги, входит здание главного корпуса учреждения. Общая сумма амортизационных отчислений за 1 месяц по зданию составляет 74 211,0 руб., общая площадь здания - 5415 кв.м. Соотвественно, на долю помещения, в котором предполагается оказание услуг, приходится 0,18%. Размер амортизационных отчислений в расчете на 1 месяц составит 134,00 руб. (74 211,0 * 0,0018).

По данным маркетинговой службы ГБУ АО «АКОД» существует спрос на данную услугу в размере 20 посещений за 1 день. Определим стоимость 1 посещения, исходя из того, что планируемый уровень рентабельности услуги по удалению новообразований кожи, составляет 43,0%.

Таблица 20 – Расчет стоимости 1 посещения при оказании услуг по удалению новообразований кожи

Показатели	Единицы	Значение показателя

	измерения	
1 Количество посещений в среднем за день	ед.	20
2 Количество посещений в среднем за месяц (из расчета 20 рабочих дней в месяце)	ед.	400
3 Затраты на оказание услуги, в расчете на 1 месяц (таблица 19)	руб.	97 593,00
4 Затраты на 1 посещение	руб.	244,00
5 Рентабельность услуг	процент	43,00
6 Плановая прибыль	руб.	106,00
7 Общая стоимость 1 посещения (рассчитанная)	руб.	350,00

Определим экономическую эффективность от оказания услуг по удалению новообразований на коже и срок окупаемости первоначальных затрат, связанных с приобретением аппаратов электрокоагуляции (таблица 21).

Таблица 21 - Эффективность мероприятий по оказанию платных медицинских услуг

Наименование показателя	Сумма, тыс. руб.
1 Годовой объем текущий расходов (97 593,00 * 12)	1 171,1
2 Годовой объем выручки (400 * 350,00 * 12)	1 680,0
3 Прибыль	508,9
4 Налог на прибыль	101,8
5 Чистая прибыль	407,1
6 Затраты на приобретение оборудования	237,0
7 Срок окупаемости приобретенного оборудования (237,0 : 407,1)	0,58

Таким образом, анализируя полученные показатели можно сделать вывод, что при внедрении данного вида услуг ГБУ АО «Архангельский клинический онкологичексий диспансер» получит прибыль в размере 407,1 тыс. руб. Рентабельность данного вида услуг достаточно высока, т.е. на каждый вложенный рубль, организация получит 34,76 копеек чистой прибыли, что позволит больнице повысить эффективность финансовой деятельности.

Срок окупаемости затрат, связанных с приобретением аппаратов электрокоагуляции, составит полгода.

Таким образом, проведенные анализ и экономическое обоснование предполагаемого вида платных медицинских услуг показывают, что подобная деятельность экономически выгодна и учреждение получит достаточно высокую прибыль.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравоохранение является одной из самых важнейших отраслей экономики России, призвание которой состоит в обеспечении сохранения и улучшения здоровья нации посредством оказания высококвалифицированной лечебно-профилактической помощи.

В соответствии со ст. 82 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства: федерального бюджета; бюджетов субъектов РФ; местных бюджетов; ОМС; поступившие от физических и юридических лиц (в том числе добровольные пожертвования); поступившие от иных не запрещенных законодательством РФ источников.

В 2015 г. фактические расходы федерального бюджета на здравоохранение составили около 2510 млрд. руб. при необходимом уровне в 3230 млрд.руб. (в ценах 2014 г.). То есть дефицит финансирования составляет примерно 30 % (720 млрд.руб.) Данная нехватка средств обусловлена ростом курса рубля более чем на 50 %, накопленным дефицитом 2014 г., дополнительным оказанием помощи 2 млн руб. новым гражданам (с принятием Крыма в состав России), оставшимся дефицитом расходов на 2015 г. после вычета инфляции в размере 9-11 % из

текущих расходов 2015 г., повышением оплаты труда работникам в соответствии с указом Президента.

Суммарные расходы федерального бюджета на 2016 г. утверждены в размере 16 098 млрд руб. (+4,4% к расходам 2015 г.) с дефицитом в 14,7%. Расходы на здравоохранение в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» составляют 354 млрд руб., или 2,2% от общих расходов федерального бюджета. По сравнению с текущим годом расходы на здравоохранение увеличены на 42%. При этом в бюджете на 2015 г. рост расходов в 2016 г. должен был составить всего 9% (и это с учетом того, что в течение 2015 г. расходы федерального бюджета на здравоохранение были дважды пересмотрены в сторону уменьшения и суммарно снизились на 8%).

В федеральном бюджете на 2017 год на систему здравоохранения предусмотрены 361,04 млр.руб. Как и в 2016 году наибольший удельный вес в структуре расходов федерального бюджета на систему здравоохранения принадлежит расходам на стационарную медицинскую помощь (40,79%) и амбулаторную помощь (25,07%). Увеличение бюджетных ассигнований в 2016 - 2017 году связано с ростом расходов на оказание государственных услуг медицинскими организациями, не входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе на оплату труда медицинских работников федеральных учреждений здравоохранения, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики». В 2016 году – на 10,7 млрд. рублей; в 2017 году – 16,1 млрд. рублей.

Основным источником финансирования расходов на здравоохранение является бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС). Что касается бюджета Федерального фонда ОМС, его суммарные расходы в 2016 г. составляют 1688 млрд руб., что всего на 1,5% превышает расходы 2015 г. (по сравнению с планируемым ростом в 6%). Дефицит бюджета Федерального ФОМС заложен на уровне 1,6%. Субвенции территориальным фондам ОМС составляют 1458 млрд руб., или 86% от суммарных расходов фонда. По сравнению с 2015 г. объем субвенций увеличен на 3,2%, их доля в структуре

общих расходов также немного выросла (+1%). В 2017 году ФОМС планирует потратить 1,69 трлн. руб. по сравнению с 1,68 трлн. руб. в 2016 г.

Существует еще один источник финансирования сферы здравоохранения - региональный бюджет. Расходы регионального бюджета Архангельской области на здравоохранение в 2016 году были запланированы в объеме 12 070,3 млн. руб., в том числе наибольшие расходы предусмотрены были на стационарную медицинскую помощь (18,89%) и другие вопросы в области здравоохранения (71,20%). На 2017 год расходы регионального бюджета в систему здравоохранения запланированы на 84,1 млн. руб. меньше, чем на 2016 год, относительное снижение составило 0,7 процента. Следует отметить значительный прирост по такому направлению как скорая медицинская помощь, прирост составил 321,7 процента к уровню 2016 года. Что касается расходов территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области на здравоохранение, то в 2017 году запланированы расходы на общую сумму 18 053 967,7 тыс. руб., что на 517 180,00 тыс. руб. превышает данный показатель 2016 года.

Объектом настоящей работы выступило государственное бюджетное учреждение здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер», которое создано под наименованием «Областной онкологический диспансер» решением исполкома Архангельского областного Совета депутатов трудящихся в январе 1946 года.

Финансовое обеспечение деятельности данного учреждения осуществляется за счет средств областного бюджета, средств государственных внебюджетных фондов, а также за счет средств, полученных в результате иной приносящей доход деятельности. Деятельность Учреждения в 2014-2016 годах финансировалась за счет трех источников: целевые средства, субсидия на выполнение государственного задания, приносящая доход деятельность.

В течение 2014-2016 годов наибольший удельный вес в структуре доходов ГБУ АО «АКОД» принадлежала такому источнику как приносящая доход деятельность. Удельный вес данного источника финансирования в 2014 году составлял 98,75 процентов, в 2015 году – 98,98 процентов и в 2016 году – 98,70 процентов.

Крайне незначительна роль целевых средств в финансировании деятельности Учреждения, доля данного источника в течение всего анализируемого периода составляла менее 1,0 процента.

Также незначительное влияние на финансирование деятельности Учреждения имеют средства, выделяемые Учреждению на оказание медицинских услуг в рамках выполнения государственного задания.

Как и в доходах, наибольший удельный вес в расходной части деятельности Учреждения принадлежит расходам, осуществляемым за счет средств от приносящей доход деятельности. Так, по итогам 2014 года доля таких расходов составила 84,55 процента, 2015 года – 83,19 процента, 2016 года – 83,48 процента.

Изменение структуры доходов и расходов за анализируемый период незначительно.

Доходы учреждения от приносящей доход деятельности увеличились на 341 тыс. руб., в том числе за счет роста доходов от собственности на 345 тыс. руб., доходов от штрафных санкций, предъявленных поставщикам (подрядчикам) – на 491 тыс. руб. А доходы от оказания платных услуг в 2016 году сложились в сумме, которая на 11 703 тыс. руб. ниже уровня 2014 года.

Наибольший удельный вес в структуре доходов от приносящей доход деятельности занимают доходы от оказания платных услуг: в 2015 году - 99,05%, в 2016 году – 99,68%.

В настоящее время система здравоохранения Российской Федерации испытывает ряд проблем, связанных прежде всего с недофинансированием и неэффективным расходованием средств.

В сравнении с другими государствами расходы на здравоохранение в РФ катастрофически малы. До настоящего момента России не удалось достичь минимального уровня финансирования здравоохранения, установленного ВОЗ, а имеющийся объем бюджетных средств, направленных на поддержание и развитие системы здравоохранения, используется неэффективно.

Недофинансирование сферы приводит к сокращению медицинского персонала, снижению объема или ухудшению качества бесплатной медицинской помощи, что в результате негативно отражается на состоянии здоровья граждан. По данным Росстата в 2015 году показатель смертности от онкологических

заболеваний составлял 15,5%, рассматриваемый показатель вырос по сравнению с 2014 годом на 4,1%. Причинами столь ужасающей статистики являются сокращение квалифицированных специалистов, медицинского оборудования, больничных учреждений, что в свою очередь приводит к длинным очередям пациентов в часы приема, короткий график приема пациентов.

В регионах специалисты сталкиваются с проблемами в эксплуатации современного медицинского оборудования. Современное оборудование представляет собой высокотехнологичные компьютизированные комплексы. Чтобы использовать оборудование на полную мощность, специалист должен освоить работу с этим приборам. К сожалению, наблюдается картина простаивания дорогостоящего оборудования.

Исходя из проведенного анализа состояния системы здравоохранения России, можно утверждать, что существуют структурные проблемы в данной области. Вместо срочного решения первоочередных проблем по ликвидации дефицита медицинских кадров и повышения их квалификации расходы по этим статьям в государственной программе «Развитие здравоохранения» снижаются в постоянных ценах. Отсутствие в 2014-2015 гг. роста расходов на здравоохранение уже привело к снижению доступности и качества медицинской помощи, общего коэффициента смертности (ОКС).

Прекращение экономического роста и перспектива медленного экономического развития ставят перед здравоохранением императив поиска более эффективных способов организации медицинской помощи и использования имеющегося ресурсного потенциала. Достижение целевых показателей повышения оплаты труда без увеличения государственного финансирования здравоохранения означает необходимость изыскания средств для решения такой задачи посредством проведения мероприятий по экономии ресурсов и развитию платных медицинских услуг.

Для решения проблем с финансированием системы здравоохранения с января 2013 года в РФ в ходе реформирования здравоохранения внедрена новая модель финансового обеспечения сферы – одноканальная система финансирования здравоохранения, сущность которой заключается в слиянии потоков

финансирования из разных источников – средств общего налогообложения и взносов на ОМС – на уровне выше лечебно-профилактических учреждений.

При одноканальной системе финансирование учреждения по смете заменяется финансированием за непосредственные результаты деятельности (за объемы оказанных услуг).

В качестве преимуществ одноканальной системы выделяют финансовое обеспечение медицинских услуг в полном объеме с учетом реальных затрат учреждений здравоохранения (оплата по конечному результату), направленное на изменение структуры и качества медицинской помощи; повышение эффективности использования бюджетных средств; ужесточение контроля качества страховых организаций.

Однако, в настоящее время переход на одноканальное финансирование не дал ожидаемого эффекта, поскольку отсутствие контроля за финансово-экономической деятельностью руководства учреждений здравоохранения привело к росту безответственности и повышению уровня коррупции, кроме того страховые компании, основным источником доходов которых стали штрафные санкции, усугубляют проблему дефицита финансовых ресурсов в медицинских учреждениях.

Несомненно, реализация комплекса мероприятий по формированию одноканальной модели финансирования отрасли будет способствовать более полному и качественному удовлетворению потребностей населения в медицинских услугах при развитии передовых медицинских технологий в соответствии с международными стандартами, если при этом будут в полной мере учтены следующие моменты:

- изменение структуры и качества медицинской помощи за счет финансирования медицинских учреждений с учетом реальных затрат по законченному случаю за объемы оказанных услуг;

- введение единых стандартов и подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи;

- размещение государственного (муниципального) заказа в любых учреждениях здравоохранения, независимо от формы собственности и территориального расположения учреждений;

- усиление контроля качества медицинских услуг и результативности государственных расходов;

- повышение эффективности расходования всех средств, поступающих в систему здравоохранения.

Что касается повышение экономической эффективности государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Архангельский клинический онкологический диспансер», то его следует рассматривать в двух направлениях: за счет снижения случаев неоплаты медицинской помощи; за счет коммерциализации деятельности предприятия – оказание услуг населению.

Как показывают расчеты, проведенные в работе, общий объем средств, полученных в 2016 году ГБУ АО «АКОД» в рамках деятельности, финансируемой за счет средств ФОМС, составил 816 549 059 руб. Из указанной суммы медицинские услуги на сумму 46 312 тыс. руб. были подвергнуты медико-экономическому контролю, медико-экономической экспертизе, а также экпертизе качества медицинской поомщи. Указанные контрольные мероприятия были проведены тремя страховыми команиями. По результатам проведенных контрольных мероприятий было установлено, что медицинские услуги на общую сумму 2 746,0 тыс. руб. были предоставлены ГБУ АО «АКОД» с нарушением требований ФОМС, что составляет 0,34 % от суммы предъявленной к оплате в 2016 году.

Несмотря на на то, что в общем объеме медицинских услуг, оказанных ГБУ АО «АКОД» в 2016 году, объем медицинской помощи, оказанной с каким-либо нарушениями, незначителен (0,34%), медицинскому учереждению следует принять меры по полному устранению причин, которые повлекли за собой указанные нарушения.

В целях повышения эффективности системы внутренного контроля качества медицинских услуг предлагаем ГБУ АО «АКОД» рассмотреть возможность приобретения программного комплекса, который позволит полностью автоматизировать процесс оформления каждой медицинской услуги, а также осуществлять контроль по всем тем показателям, которые установлены нормативноми документами фонда обязательного медицинского страхования.

Таким программным комплексом может быть медицинская информационная система MedWork. Экономическая эффективность от приобретения и внедрения программного комплекса МИС MedWork будет заключаться в максимальном нивелировании неправильного оформления оказанных медицинских услуг, что приведет в конечном итоге к снижению неоплаты медицискной помощи со стороны ФОМС.

Кроме того, в целях повышения доходности и прибыли больницы предлагается в 2017 году организовать оказание такой платной медицинской услуги, как удаление новообразований кожи, в результате чего предполагается получение чистой прибыли в размере 407,1 тыс. руб. А срок окупаемости приобретнного для таких целей оборудования составит полгода.

На сегодняшний день финансирование системы здравоохранения России находится на стадии реформирования. Ведется поиск новых источников финансирования медицинской сферы, происходит рационализация расходов, разрабатываются и внедряются новые государственные программы, над которыми осуществляется тотальный контроль со стороны государства. Все эти факторы дают возможность на постепенное улучшение состояния здравоохранения как отрасли в целом.