

УДК 336.5

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М.Л. Королева, канд. техн. наук, доцент кафедры теоретической и прикладной экономики, финансов и кредита КГТУ

В статье охарактеризованы особенности функционирования учреждений системы здравоохранения в Российской Федерации. Проведен анализ и выявлены проблемы финансирования государственных учреждений здравоохранения.

Система здравоохранения является неотъемлемой частью социально-экономической политики государства. В России согласно Конституции РФ медицинская помощь является бесплатной для населения [1]. В этой связи становится актуальной проблема определения источников и размеров финансирования расходов здравоохранения.

Освещение вопроса финансирования учреждений системы здравоохранения РФ имеет две особенности. Во-первых, в системе здравоохранения бесплатную медицинскую помощь оказывают государственные учреждения и частные организации. При этом доля государственных учреждений здравоохранения преобладает. Во-вторых, медицинскую помощь, оказываемую учреждениями здравоохранения, можно представить в виде трехуровневой системы.

Медицинская помощь первого уровня предоставляется в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и финансируется за счет средств фонда обязательного медицинского страхования [8]. Такую медицинскую помощь можно получить по полису обязательного медицинского страхования (далее ОМС) в любой медицинской организации, участвующей в системе ОМС.

Второй уровень включает расширенный перечень видов медицинской помощи специализированной (в том числе) высокотехнологичной медицинской помощи, не вошедшие в базовую программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств соответствующего бюджета. Гарантированную государством медицинскую помощь оказывают государственные учреждения здравоохранения, выполняющие государственное задание. Ввиду ограниченных возможностей бюджетной системы первые два уровня охватывают самые необходимые виды медицинской помощи, оказываемой гражданам бесплатно, включая жизненно необходимое лекарственное обеспечение и недорогие расходные материалы (рис. 1).

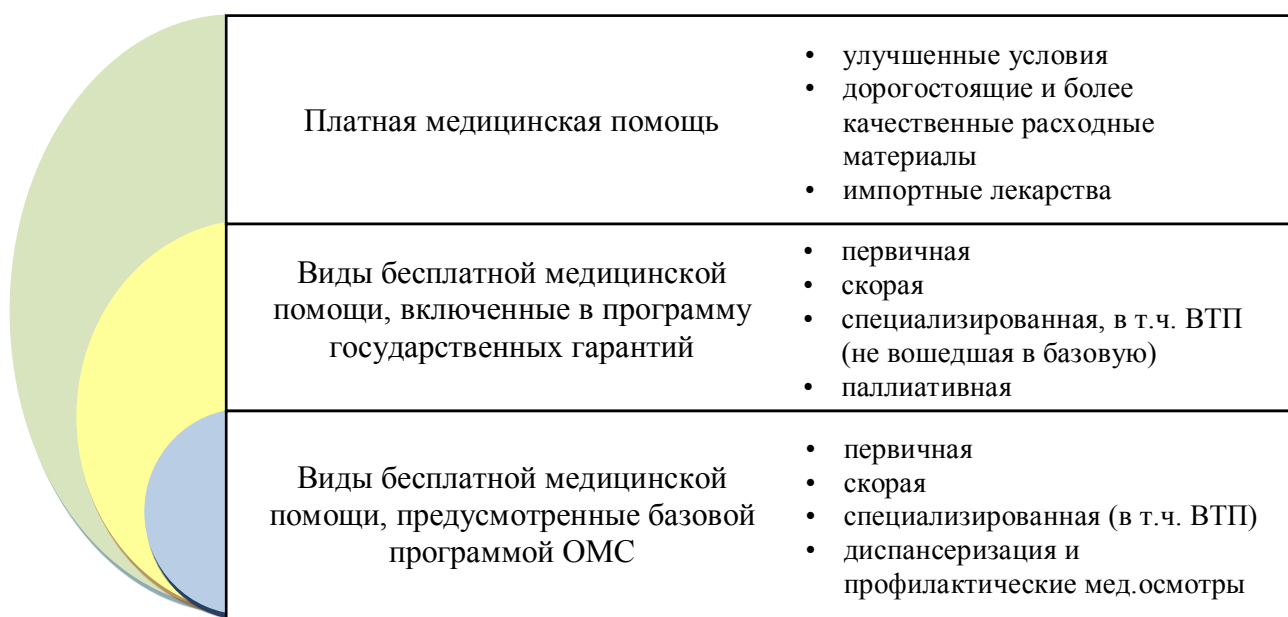


Рис. 1. Трехуровневая система оказания медицинской помощи

Третий уровень включает платную медицинскую помощь, не вошедшую в программу государственных гарантий, которую можно получить и в государственных учреждениях, и в частных медицинских организациях. Третий уровень предполагает более комфортные условия предоставления медицинской помощи, включая дорогостоящие и более качественные расходные материалы, импортные лекарственные средства.

В рамках данной статьи третий уровень медицинской помощи не рассматривается, а основное внимание уделено государственным учреждениям здравоохранения, основной деятельностью которых является оказание преимущественно бесплатной медицинской помощи в системе ОМС или по государственному заданию.

Необходимо отметить, что государственные учреждения здравоохранения финансируются из различных источников в соответствии с предоставляемыми услугами (рис. 2).

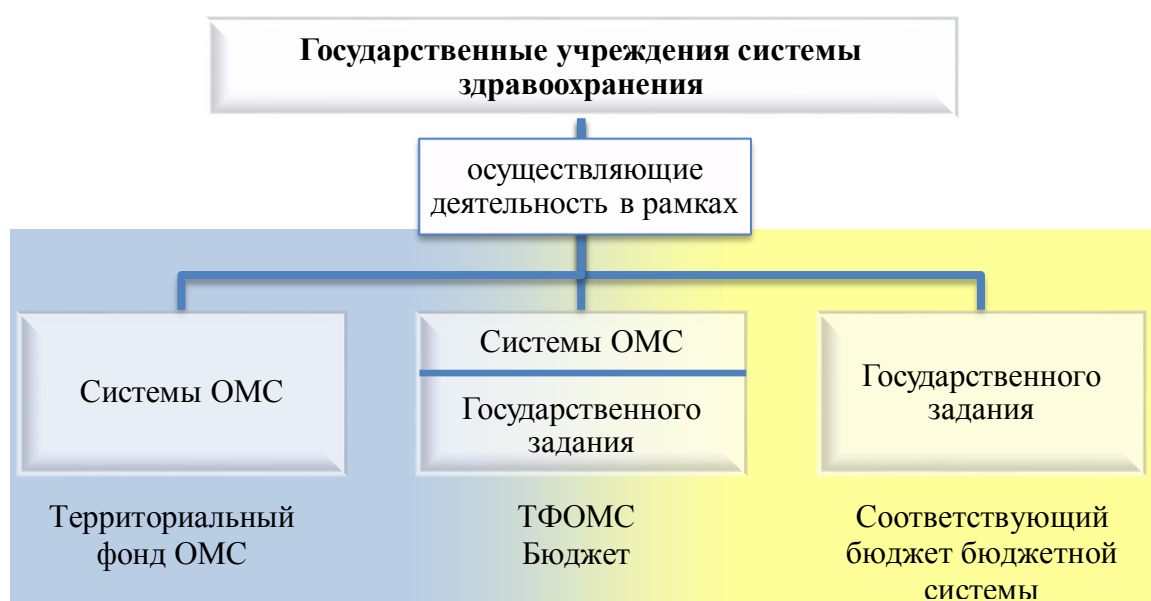


Рис. 2. Источники финансирования государственных учреждений системы здравоохранения

В системе ОМС участвуют территориальные фонды, страховые медицинские организации (далее СМО), медицинские организации. Основой осуществления полномочий в сфере ОМС является базовая программа обязательного медицинского страхования, являющаяся составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в РФ. Программы ежегодно разрабатываются Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом

ОМС на следующий год и двухлетний плановый период и утверждаются Правительством РФ. Базовая программа ОМС определяет [2]:

- виды медицинской помощи;
- перечень страховых случаев;
- структуру тарифа на оплату медицинской помощи;
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС;
- нормативы объемов предоставления медицинской помощи 1 застрахованному лицу в год, нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи, годовые подушевые нормативы на 1 застрахованное лицо;
- критерии доступности и качества медицинской помощи.

В соответствии с требованиями базовой программы ОМС каждый субъект РФ в рамках переданных ему полномочий по осуществлению деятельности в сфере ОМС разрабатывает и утверждает территориальную программу ОМС, являющуюся составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [2]. Право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи по ОМС реализуется на основании договоров, заключенных в его пользу между участниками ОМС. Предлагаемый подход логически подводит к тому, что страховые медицинские организации являются своего рода посредниками между территориальными фондами и медицинскими организациями.

По существу, это означает, что финансирование страховых медицинских организаций осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу с учетом численности застрахованных в СМО лиц и запланированных объемов медицинской помощи. Средний подушевой норматив на 1 застрахованное лицо, рассчитанный в рамках бюджетных возможностей территориального фонда, корректируется на коэффициент дифференциации. Коэффициент дифференциации рассчитывается для

каждой половозрастной группы (табл. 1), по которым распределены застрахованные граждане, исходя из затрат на оплату медицинской помощи [4,5].

Таблица 1

Половозрастные группы застрахованных лиц

Группа	Мужчины	Женщины
1	до 4 лет	
2	от 5 до 17 лет	
3	от 18 до 59	от 18 до 54
4	старше 60	старше 54

Территориальный фонд ОМС ежемесячно проводит сверку реестров застрахованных лиц, состав половозрастных групп и затраты на оказание им медицинской помощи, по результатам которой корректирует подушевые нормативы и коэффициент дифференциации. Следовательно, финансирование страховой медицинской организации зависит от количества застрахованных в ней лиц, от уровня экономического развития субъекта, но в то же время ограничено бюджетом фонда.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в рамках ОМС, зависит от условий ее предоставления (табл. 2) и осуществляется в соответствии с тарифами [3,4,5].

Таблица 2

Способы оплаты медицинской помощи

Условия предоставления медицинской помощи	Способ оплаты	Основание
Амбулатория	подушевой норматив	а) законченный случай лечения; б) посещение; в) обращение
Стационар	а) 1 койко-день б) 1 случай госпитализации	законченный случай лечения
Дневной стационар	1 пациенто-день	

Скорая медицинская помощь	подушевой норматив по типу вызова: - экстренный/неотложный - безрезультатный - медицинская эвакуация/перевозка	вызов
---------------------------	---	-------

Тарифы, а также объемы медицинской помощи, распределенные между медицинскими организациями в субъекте, ежегодно разрабатываются и утверждаются Комиссией в тарифном соглашении о реализации территориальной программы ОМС в субъекте РФ. Структура тарифа включает в себя следующие статьи расходов (табл. 3):

- 1) заработная плата с начислениями и прочими выплатами;
- 2) расходные материалы;
- 3) продукты питания;
- 4) мягкий инвентарь;
- 5) содержание имущества;
- 6) приобретение оборудования до 100 тыс. руб. за единицу [4].

Таблица 3

Структура расходов медицинской организации

Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи	Расходы, связанные с обеспечением деятельности медицинской организации в целом
<ul style="list-style-type: none"> - заработная плата с начислениями; - расходные материалы; - амортизация используемого при оказании МП оборудования; - прочие 	<ul style="list-style-type: none"> - коммунальные услуги; - содержание имущества (в собственности или в аренде); - услуги связи; - заработная плата аппарата управления; - амортизация оборудования, не используемого при оказании медицинской помощи; - общехозяйственные нужды

Для получения денежных средств за предоставленную в рамках ОМС медицинскую помощь медицинские организации ежемесячно направляют в СМО заявку на авансирование, счет на оплату и реестр счетов, содержащий перечень застрахованных лиц с указанием объемов и стоимости оказанной им медицинской помощи (рис. 3).



Рис. 3. Схема финансирования территориальным фондом ОМС медицинских организаций через страховые медицинские организации

Страховая медицинская организация в свою очередь направляет заявку в территориальный фонд ОМС на получение целевых средств для оплаты медицинской помощи организациям. Если в отчетном месяце объем средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, превышает сумму счета на оплату медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения. Однако если превышение связано с повышенной заболеваемостью, повышением тарифов на оплату медицинской помощи, увеличением количества застрахованных лиц или изменением их структуры по полу и возрасту территориальный фонд может предоставить недостающие для оплаты медицинской помощи средства из нормированного страхового запаса территориального фонда [4].

Бюджетное финансирование учреждения здравоохранения возникает при выполнении учреждением государственного (муниципального) задания в соответствии с положениями Федерального закона № 83-ФЗ [6].

Государственное (муниципальное) задание - документ, устанавливающий требования к составу, качеству, объему (содержанию), условиям, порядку и результатам оказания государственных (муниципальных) услуг (выполнения работ). Государственное (муниципальное) задание формируется для бюджетных, автономных, а также казенных учреждений по решению органа государственной власти или местного самоуправления, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств [2].

Финансирование учреждений, выполняющих государственное (муниципальное) задание, осуществляется за счет субсидий из бюджета соответствующего уровня на выполнение государственного (муниципального) задания на основе соглашения между учредителем (исполнительным органом власти в сфере охраны здоровья граждан) и учреждением здравоохранения. Расчет объема субсидий осуществляется на основе тарифа по нормативным затратам и объема выполняемого задания согласно плану финансово-хозяйственной деятельности или смете (для казенного учреждения).

Что касается смешанного финансирования учреждений здравоохранения, то смешанное финансирование на основе государственного (муниципального) задания или через систему ОМС совмещает в себе поступления из внебюджетного фонда и бюджетные субсидии.

Следует отметить, что в Костромской области учреждения системы здравоохранения финансируются из следующих источников:

- из областного бюджета, в том числе за счет субвенций, переданных из федерального бюджета в областной;
- из бюджета территориального фонда ОМС, в том числе за счет субсидий областного бюджета, переданных в территориальный фонд.

Исполнительным органом государственной власти в сфере охраны здоровья в Костромской области, в функции которого прямо входит проведение единой государственной политики по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью, является департамент здравоохранения Костромской области. Департамент здравоохранения – учредитель 62 бюджетных учреждений здравоохранения и 1 унитарного предприятия ГУП «Костромская областная аптечная база», главный распорядитель бюджетных средств между учреждениями здравоохранения Костромской области. В территориальную программу обязательного медицинского страхования в Костромской области входят 39 учреждений и их финансирование осуществляется за счет средств территориального фонда ОМС Костромской области. Выполняют государственное задание и финансируются из областного бюджета 23 учреждения, из них 18 учреждений не входят в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а 5 учреждений финансируются по смешанному типу, оказывая деятельность также и в системе ОМС.

При анализе объема бюджетных ассигнований, подлежащих распределению департаментом здравоохранения Костромской области, наблюдается отклонение фактического исполнения расходов от запланированных бюджетом сумм (рис. 4).

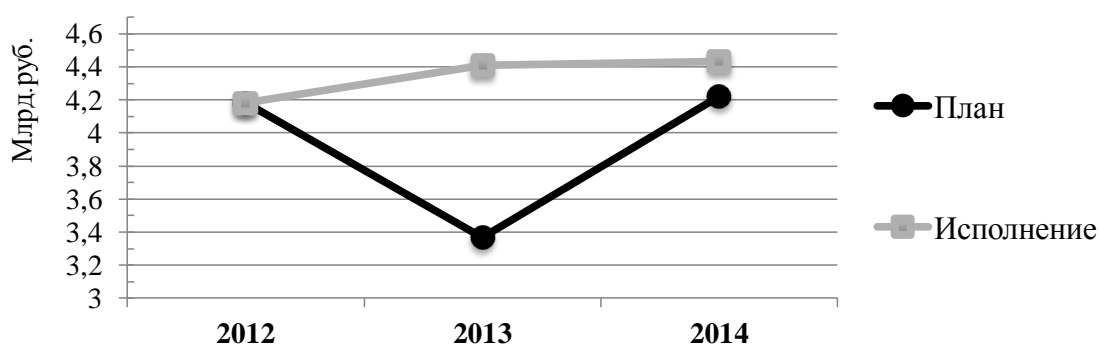


Рис. 4. Объем бюджетных ассигнований, подлежащих распределению департаментом здравоохранения Костромской области

В общем объеме консолидированных расходов на здравоохранение основная доля финансируется за счет средств территориального фонда ОМС Костромской области (рис. 5).

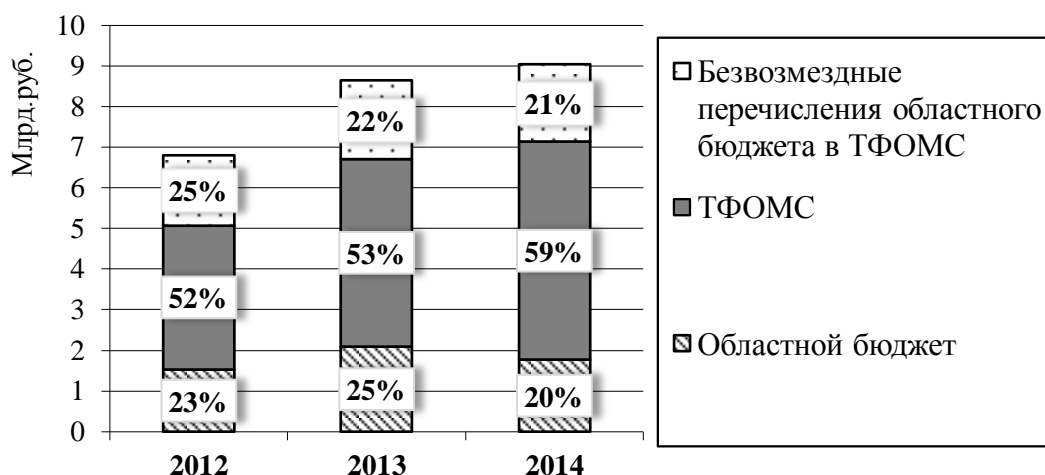


Рис. 5. Структура консолидированных расходов на здравоохранение Костромской области

Основным направлением расходов территориального фонда ОМС Костромской области (рис. 6) является финансовое обеспечение выполнения базовой программы обязательного медицинского страхования (94% в общем объеме расходов 2014 года), имеющее тенденцию к росту в среднем на 17,5% в год.



Рис. 6. Структура расходов территориального фонда ОМС Костромской области

Финансирование учреждений здравоохранения, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, происходит на основе базовой программы ОМС, являющейся составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Программа ежегодно утверждается постановлением Администрации Костромской области на трехлетний плановый период.

Важно отметить, что ежегодно наблюдается увеличение числа учреждений, участвующих в реализации территориальной программы, а также оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС (рис. 7).

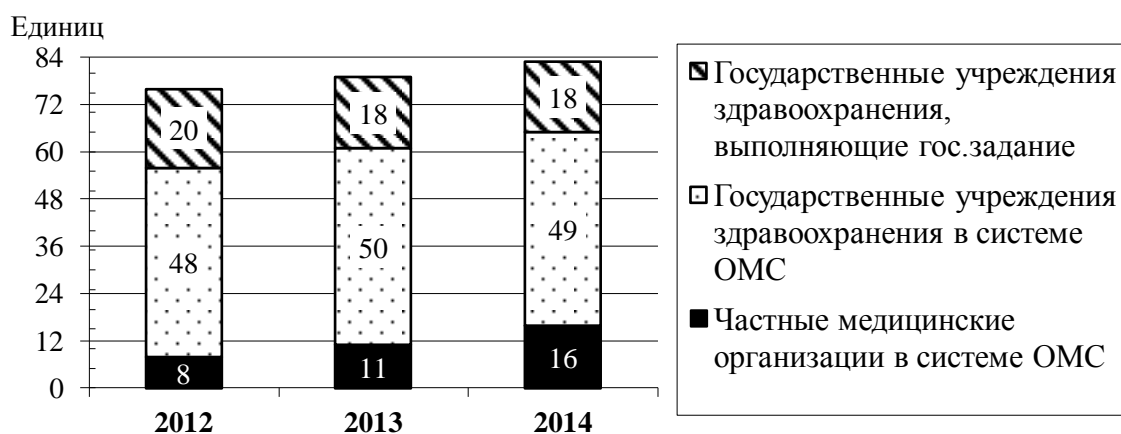


Рис. 7. Количество учреждений здравоохранения Костромской области, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам

Такая ситуация может быть оценена как благоприятная. При этом имеются в виду следующие тенденции:

- выбор организации для получения медицинской помощи по полису ОМС, наиболее удовлетворяющей пациента (из частных и государственных учреждений здравоохранения);
- повышение качества услуг в результате конкуренции за пациента.

Исследование показало, что происходит увеличение стоимости территориальной программы, а также подушевого норматива финансового

обеспечения учреждений, оказывающих медицинскую помощь (рис. 8). Увеличение стоимости программы происходит в основном за счет средств территориального фонда.

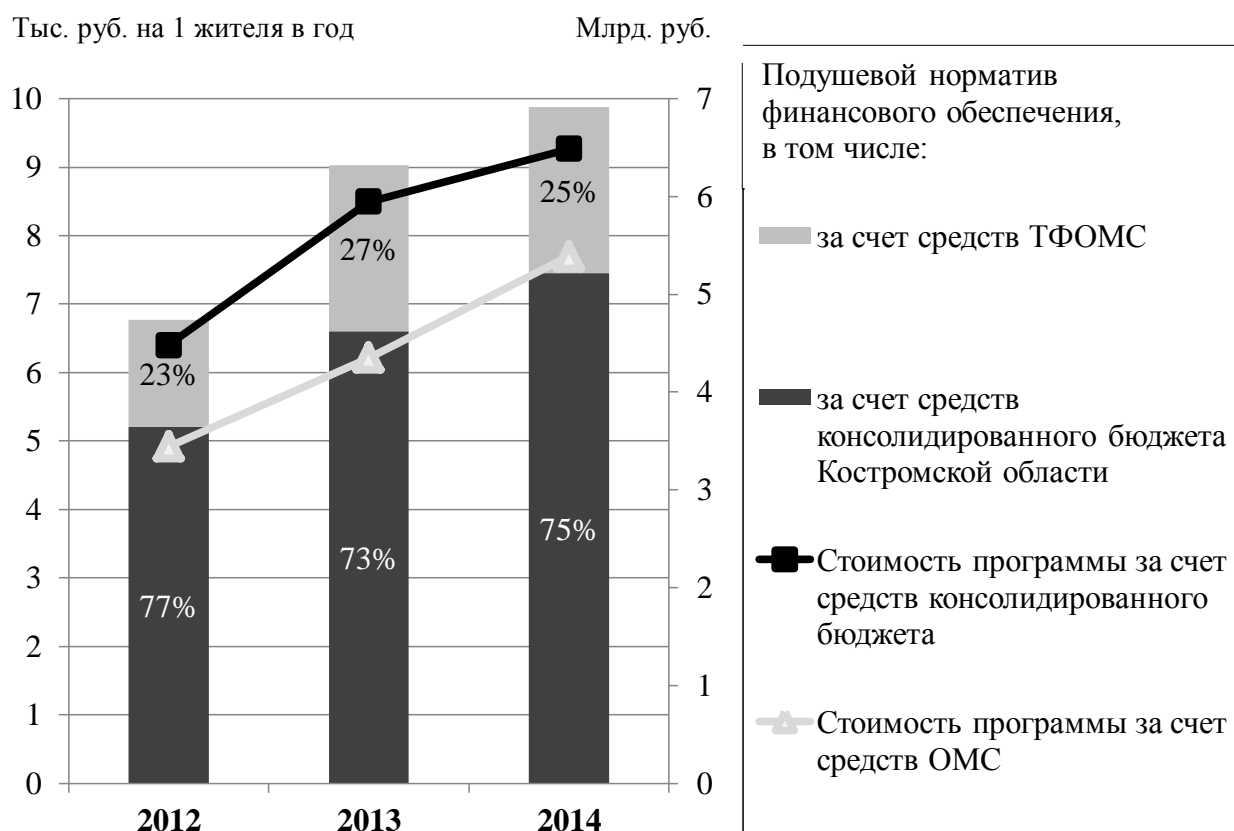


Рис. 8. Структура подушевого норматива финансового обеспечения учреждений здравоохранения Костромской области

На здравоохранение в Костромском регионе ежегодно направляется 15% от общего объема расходов бюджета Костромской области с незначительной тенденцией к сокращению (табл. 4).

Таблица 4

Структура расходов консолидированного бюджета Костромской области

Направление расходов	Абсолютное значение, в тыс. рублей			Доля к расходам на здравоохранение, %		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
1	2	3	4	5	6	7
Всего	24 751 212 931	27 486 527 520	29 114 496 215	-	-	-

1	2	3	4	5	6	7
Здравоохранение, в том числе:	4 239 183 562	4 501 961 054	4 104 867 947	100,00	100,00	100,00
Стационарная медицинская помощь	402 800 269,3	632 404 214,5	518 183 922,4	9,50	14,05	12,62
Амбулаторная помощь	326 743 590,3	268 143 617,3	324 601 947,6	7,71	5,96	7,91
Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов	4 753 259,66	5 821 258,43	10 184 904,82	0,11	0,13	0,25
Скорая медицинская помощь	161 153 470,2	37 248 303,42	47 627 609,81	3,80	0,83	1,16
Санаторно-оздоровительная помощь	23 647 838,6	25 322 734,02	31 176 093,97	0,56	0,56	0,76
Заготовка, переработка, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и ее компонентов	48 418 816,7	62 900 372,45	64 561 652,05	1,14	1,40	1,57
Санитарно-эпидемиологическое благополучие	-	806 600	996 900	0,00	0,02	0,02
Прикладные научные исследования в области здравоохранения	-	-	-	0,00	0,00	0,00
Другие вопросы в области здравоохранения	3 271 666 317	3 469 313 954	3 107 534 916	77,18	77,06	75,70

Уменьшение объема бюджетного финансирования здравоохранения в 2014 году обусловлено переходом на одноканальное финансирование. Основной объем денежных средств отражен в подразделе 0909 «Другие вопросы в области здравоохранения», который включает в большей степени управленческие расходы (рис. 9).



Рис. 9. Структура расходов областного бюджета на здравоохранение
Костромской области

Системный анализ вопросов, связанных с проблемой финансирования государственных учреждений здравоохранения Костромской области, позволяет выявить следующие негативные тенденции [7].

Во-первых, ввиду перехода на одноканальное финансирование из ТФОМС происходит сокращение расходов областного бюджета с учетом перечислений в бюджет территориального фонда (на 8,6 % в 2014 году по отношению к 2013 году). При этом исполнение департаментом здравоохранения Костромской области расходных обязательств превышает план (на 23,6% в 2013 году; на 4,8% в 2014 году), что свидетельствует о потребности в большем объеме финансирования отрасли. Однако возможность увеличить объем бюджетного финансирования отсутствует – расходы департамента здравоохранения с учетом доходов

подведомственных учреждений значительно превышают доходы (в 2,38 раза в 2013 году; в 1,33 раза в 2014 году).

Во-вторых, за счет средств областного бюджета (с учетом субсидий федерального бюджета, в том числе в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье») финансируется приобретение дорогостоящего оборудования (более 100 тыс. за единицу) и ремонт. Все остальные статьи расходов входят в структуру тарифа ОМС.

Однако в результате проверок Росздравнадзора и департамента здравоохранения выявлены нарушения лицензионного законодательства, порядков и стандартов оказания медицинской помощи, деятельности врачебной комиссии, соблюдения установленного порядка осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, ведения медицинской документации, несоответствие квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь, установленным требованиям.

Наибольшее количество нарушений связано с приобретением и эксплуатацией медицинского оборудования, следствием которых являются несанкционированные расходы бюджетных средств и снижение эффективности финансирования сферы здравоохранения (табл. 5).

Таблица 5

Основные нарушения, выявленные при проверках материально-технической базы государственных учреждений здравоохранения Костромской области

№	Нарушение	Пояснение	Следствие
1	2	3	4
1.	Приобретение незарегистрированных в Государственном реестре медицинских изделий	Учреждения закупают и эксплуатируют не разрешенные медицинские изделия (оборудование). В результате проверок Росздравнадзор выставляет требование о списании таких изделий не зависимо от срока эксплуатации.	Нецелевое, неэффективное (нецелесообразное) расходование средств.

1	2	3	4
2.	Нанесение инвентарных номеров не обеспечивающими сохранность медицинских изделий способами	Инвентарные номера наносятся не на все составные части оборудования, а также способом, не обеспечивающим сохранность маркировки (скотч, маркер, стикеры).	Необеспеченность сохранности оборудования (дополнительных и запасных, составных частей).
3.	Ошибки в учете медицинских изделий	До момента получения разрешения на эксплуатацию поставленного оборудования не осуществлялось ведение забалансового учета, подтверждающего факт поставки и обеспечивающего сохранность оборудования. При закреплении имущества на праве оперативного управления допускались случаи формирования актов приема-передачи на баланс учреждения до выхода распоряжения департамента. Принимая оборудование на баланс, в стоимость включались расходные материалы.	Необеспеченность сохранности оборудования. Завышение налоговой базы при расчете налога на имущество. Нецелевое расходование средств.
4.	Несоответствие требованиям сопроводительных документов	Копии сертификатов соответствия заверены печатью поставщика оборудования. Такие копии считаются недействительными.	Оборудование подлежит списанию. Неэффективное расходование бюджетных средств.
5.	Отсутствие возможности введения оборудования в эксплуатацию	Не готово помещение для установки закупленного оборудования по причине недостатка бюджетных средств для оплаты ремонтно-монтажных работ	Неэффективное расходование бюджетных средств.

В-третьих, увеличение стоимости территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам ввиду расширения структуры тарифа оплаты медицинской помощи сопровождается усилением нагрузки на бюджет территориального фонда. С переходом на полный тариф оплаты медицинской помощи по системе обязательного медицинского страхования расходы территориального фонда ОМС Костромской области стали превышать доходы на 4,5%. Учитывая увеличение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС, возможен более прогрессивный рост

расходов и увеличение дефицита бюджета внебюджетного фонда. Доходы территориального фонда на 90 % состоят из перечислений федерального фонда ОМС. В свою очередь главным источником доходов Федерального фонда являются страховые взносы на обязательное медицинское страхование [8]. Увеличение расходных обязательств может спровоцировать повышение тарифа на страховые взносы.

В-четвертых, в структуре расходов территориального фонда на фоне роста расходных обязательств по обеспечению базовой программы ОМС увеличиваются также и расходы на выполнение территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи сверх базовой программы ОМС, что обусловлено, скорее всего, более высокой потребностью в медицинской помощи, чем запланировано базовой программой. При увеличении годовых нормативов финансового обеспечения базовой программы на 1 жителя (на 1 застрахованное лицо) темп прироста нормативов объема медицинской помощи не превышает 2% (рис. 10).

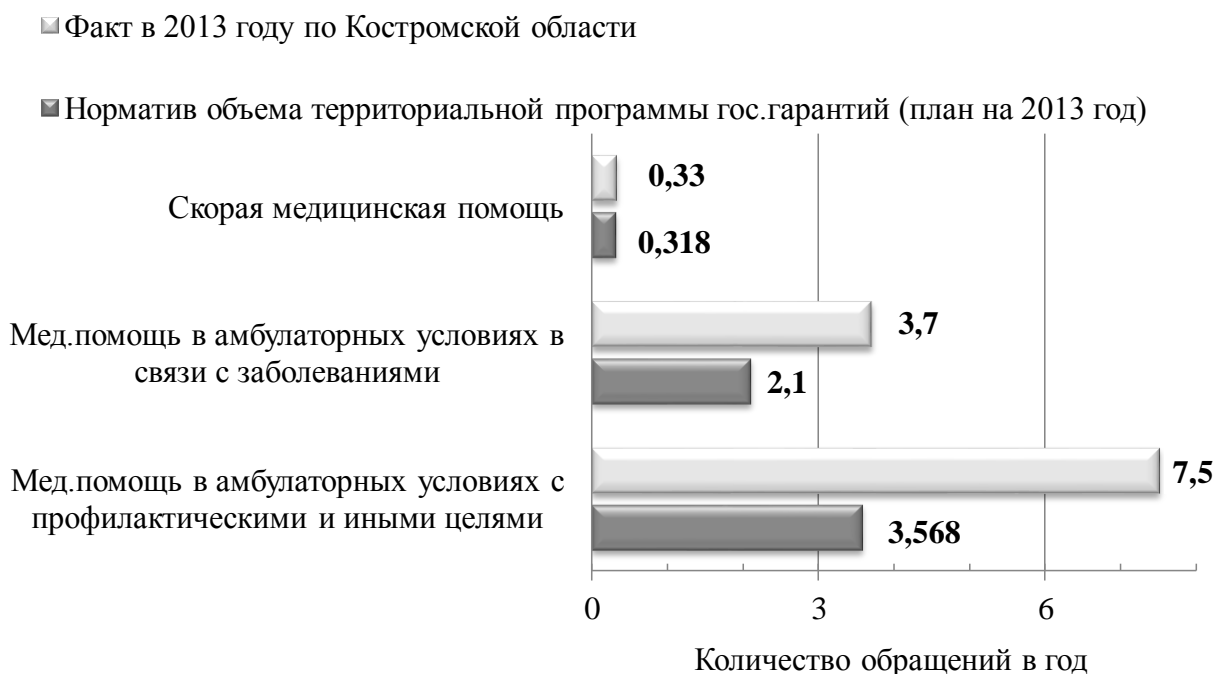


Рис. 10. Сопоставление плановых нормативных объемов медицинской помощи на 1 жителя в год с фактическими средними показателями

При сопоставлении нормативных значений с фактическим обращением граждан за медицинской помощью возникает отклонение. Следовательно, стоимость территориальной программы будет ниже реальных потребностей в медицинской помощи.

В-пятых, в структуре консолидированных расходов на здравоохранение более 75% средств отражено в подразделе 0909 «Другие вопросы здравоохранения». По этому подразделу отражаются управленческие и не связанные с оказанием медицинской помощи расходы (работы, услуги, содержание, техническое оснащение, ремонт). Следовательно, основная часть финансирования направлена не на предоставление медицинской помощи, а на содержание государственных учреждений системы здравоохранения.

Таким образом, выше изложенное дает достаточные основания для следующего вывода: в условиях ограниченных финансовых возможностей на фоне ухудшения макроэкономической ситуации в финансировании государственных учреждений сферы здравоохранения наблюдаются тенденции к ухудшению. В настоящее время система здравоохранения Российской Федерации испытывает ряд проблем, связанных прежде всего с недофинансированием и неэффективным расходованием средств. Недофинансирование сферы приводит к сокращению медицинского персонала, снижению объема или ухудшению качества бесплатной медицинской помощи, что в результате негативно отражается на состоянии здоровья граждан.

Литература

1. Конституция Российской Федерации [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://iv.garant.ru> (дата обращения: 5.08.2015)
2. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://iv.garant.ru> (дата обращения: 5.08.2015)

3. Приказ Минздрава РФ N 2510/9257-01 от 28.08.2001 «Об утверждении Методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://iv.garant.ru> (дата обращения: 5.08.2015)

4. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://iv.garant.ru> (дата обращения: 5.08.2015)

5. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://iv.garant.ru> (дата обращения: 5.08.2015)

6. Федеральный закон от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://iv.garant.ru> (дата обращения: 5.08.2015)

7. Королева М.Л. Внедрение системы электронных расчетов в процесс финансирования по обязательному медицинскому страхованию: материалы международной. науч.–практ. конф. «Новая наука: опыт, традиции, инновации» – Стерлитамак: РИО АМИ, 2015. – 107-109 с.

8. Королева М.Л. Вопросы исчисления и уплаты страховых взносов в государственные внебюджетные фонды / Королева М.Л. // Научный вестник КГТУ. – Кострома: КГТУ – 2014. – №1