

ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСОВОГО И ОРГАНИЗАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ

Аннотация. В статье рассмотрена действующая практика организации и финансирования сферы здравоохранения региона (на примере Свердловской области). Определены и проанализированы объемы финансирования учреждений здравоохранения за счет бюджетных и внебюджетных источников.

Используя данные статистики, авторы выявили основные недостатки существующей системы здравоохранения на основе законодательно закрепленных механизмов финансирования медицинских учреждений. Методом сравнительного анализа правовых типов учреждений определены особенности финансирования каждого из типов, их достоинства и недостатки. Результатом исследования явилась разработанная авторами система рекомендаций для региональных органов государственной власти по финансированию сферы государственного здравоохранения на территории.

Новизна разработанных рекомендаций основывается на необходимости акцентуации управления не только на внешней (развитие ГЧП, привлечение инвестиций в здравоохранение, расширение маркетинговых инструментов), но и на внутренней среде, поскольку знания персонала, уровень его мотивации влияет на экономические показатели деятельности учреждения и уровень удовлетворенности граждан.

Ключевые слова: здравоохранение, качество, доступность, источники финансирования, правовой тип организации.

Аңдатпа. Мақалада өңірдің (Свердлов облысы мысалында) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру мен қаржыландырудың қазіргі практикасы қарастырылған. Бюджеттік және бюджеттен тыс дереккөз есебінен денсаулық сақтау мекемелерін қаржыландыру көлемі айқындалған және талданған.

Статистиканың мәліметтерін пайдалана отырып, авторлар медицина мекемелерін қаржыландырудың заңнамалық бекітілген тетіктері негізінде қазіргі денсаулық сақтау жүйесінің кемшіліктерін анықтады. Мекемелердің құқықтық типтерін салыстырмалы талдау әдісі арқылы типтердің әрқайсысын қаржыландыру ерекшеліктері, олардың жетістіктері мен кемшіліктері айқындалды. Зерттеу нәтижесі – авторлар аумақта мемлекеттік денсаулық сақтау саласын қаржыландыру бойынша мемлекеттік биліктің өңірлік органдары үшін әзірлеген ұсынымдар жүйесі болып табылады.

Әзірленген ұсынымдардың жаңалығы басқаруды сыртқы (МЖӨ дамыту, денсаулық сақтау саласына инвестиция тарту, маркетингтік құралдарды кеңейту), сонымен қатар ішкі ортада дамытуға назар аудару қажеттігіне негізделеді, себебі персоналдың білімі, оны ынталандыру деңгейі мекеме қызметінің экономикалық көрсеткіштеріне және азаматтардың қанағаттану деңгейіне ықпал етеді.

Тірек сөздер: денсаулық сақтау, сапа, қолжетімділік, қаржыландыру көздері, ұйымның құқықтық типі.

JEL коды: H51, I18

**КАЧАНОВА ЕЛЕНА
АНАТОЛЬЕВНА**

доктор экономических наук, доцент, декан факультета экономики и менеджмента Уральского института управления – филиала, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Екатеринбург

**ЧЕВТАЕВА
НАТАЛИЯ
ГЕННАДЬЕВНА**

доктор социологических наук, доцент, заведующая кафедрой управления персоналом Уральского института управления – филиала, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Екатеринбург

**РУЧКИН АЛЕКСЕЙ
ВЛАДИМИРОВИЧ**

кандидат социологических наук, доцент кафедры управления персоналом Уральского института управления – филиала, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, г. Екатеринбург

Введение в проблему. Бесспорным следует признать тот факт, что успешность функционирования государственной системы здравоохранения во многом определяется своевременным и полным финансированием и уровнем профессиональной компетенции лечебного и вспомогательного персонала медицинской организации. Современные условия политической и экономической нестабильности увеличивают риски исполнения расходных обязательств публично-правовых образований всех уровней по организации предоставления социально значимых услуг, к важнейшим из которых относятся государственные услуги в сфере здравоохранения. Здравоохранение, являясь значимым видом экономической деятельности, выполняет важнейшие функции по сбережению здоровья нации, росту продолжительности и качества жизни большинства населения, увеличению ресурсов экономического и социального развития [2].

Реализуемая в настоящее время в секторе публичного управления России система государственных программ и мероприятий (Стратегия развития здравоохранения до 2030 г., программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» и др.) прогнозирует рост качества и доступности медицинских услуг при одновременном сокращении бюджетных расходов на медицинскую помощь гражданам почти на 400 млрд. руб. с учетом корректировок 2015 года. При этом предполагается, что недостающие финансовые средства на здравоохранение должны возместить бюджеты субъектов РФ, Фонд обязательного медицинского страхования и предпринимательская деятельность медицинских организаций от предоставления платных медицинских и немедицинских услуг. Министерство финансов России, выступая главным распорядителем бюджетных средств, в качестве альтернативных мер также предлагает привлекать частные медицинские компании в государственные учреждения на условиях государственно-частного партнерства и вводить социальные платежи пациентам при посещении медицинского специалиста или госпитализации [9].

Сокращение бюджетного и внебюджетного финансирования системы государственного здравоохранения неизбежно повлечет за собой, в первую очередь, увеличение стоимости медицинских услуг, резкий рост платных услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях, а также необходимость поиска новых

источников финансирования основной деятельности данных учреждений. Таким образом, цель настоящей статьи состоит в том, чтобы определить проблемы функционирования учреждений здравоохранения, исходя из действующего законодательства, связанные с организационно-правовой формой и порядком финансирования, и предложить инструменты их нивелирования для повышения социально-экономической и медицинской эффективности.

Обзор исследований по рассматриваемой тематике

Проблема финансирования системы здравоохранения, поиск источников оптимизации бюджетных расходов на оказание медицинских услуг населению при повышении стандартов качества стоит остро не только для России. Аналогичные аспекты стали предметом исследования и научного поиска путей трансформации в Ирландии [12]: авторы, рассматривая различные потоки финансирования, определили, что необходимо одноканальное финансирование со стороны государства, которое покрывается за счет налоговых поступлений. Индийские исследователи, анализируя эффективность программы модернизации здравоохранения - Janani Suraksha Yojana, исходя из особенностей территорий и целевых групп (в рассматриваемой программе – беременные женщины и новорожденные), сводят вопрос финансирования к необходимости увеличения и развития первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельских территориях. При этом авторы не изучают конкретные механизмы трансформации денежных вливаний в систему здравоохранения, подчеркивая лишь необходимость формирования программно-целевого управления [15]. Более конкретно и детально анализируют ученые-исследователи реформы системы финансирования в Великобритании [13], Казахстана [16] и Латвии [14], однако предлагаемые механизмы еще не были проанализированы с позиций социальной и экономической эффективности в силу отсутствия достаточного количества данных из-за непродолжительного периода внедрения изменений.

В российской науке большинство исследователей, например, А.Г. Аганбегян [1], А.В. Рагозин, Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов [10] и другие, рассматривают особенности измерения отдельных направлений эффективности, применимых к медицинским учреждениям, - социальной, медицинской, экономической. Также в условиях перехода к системе одноканального

финансирования ученые, среди них – А.Е. Козлов [4], Е.П. Косякова [5], Ч.М. Шавалеева [11] и другие, анализируют целесообразность или особенности формирования системы финансирования учреждений здравоохранения с учетом региональной специфики. При этом проблема дальнейших направлений реформирования системы здравоохранения в целях повышения экономической эффективности и привлечения дополнительных финансовых потоков не рассматривается исследователями в комплексе.

Анализ ситуации

На региональном уровне система государственного здравоохранения представлена совокупностью учреждений здравоохранения, находящихся в федеральной и в большей степени, собственности субъекта Российской Федерации. Полномочия по оказанию населению всех видов медицинской помощи закреплены с 01.01.2012 г. за органами власти субъектов РФ, но с правом делегирования отдельным муниципальным образованиям (в Свердловской области они делегированы только городскому округу Екатеринбург).

В современных условиях на территории Свердловской области со спецификой старопромышленного региона с достаточно большой численностью и проблемной половозрастной структурой населения функционирует 150 лечебно-профилактических учреждений, 30- из которых находятся на территории г.Екатеринбурга, остальные в иных муниципальных образованиях области, включая 10 межмуниципальных центров. Система государственных учреждений здравоохранения Свердловской области включает различные организационно-правовые формы, обуславливающие их финансирование:

89 % – бюджетные учреждения;

10% – автономные учреждения (как правило, это многопрофильные и медицинские центры, предоставляющие эксклюзивные услуги);

1% – казенные учреждения (это в основном учреждения закрытого или специализированного типа).

Система финансирования учреждений здравоохранения на территории субъекта предполагает использование следующих основных источников: средства территориального Фонда обязательного медицинского страхования (далее – ТФОМС) в рамках медицинских стандартов или государственных гарантий системы обязательного медицинского страхования (ОМС); средства областного бюджета; средства федерального бюджета; доходы от иной, приносящей доходы (предпринимательской) деятельности лечебно-профилактических учреждений. Основным, исходя из перехода на одноканальную систему финансирования государственных услуг в сфере здравоохранения, выступает бюджет ТФОМС. Доходы от деятельности, приносящей доходы (предпринимательской), составляют на данный момент небольшой объем от 5% минимум- до 50% максимум (в отдельных случаях по сети автономных учреждений, например, реабилитационных центров). Объемы финансирования за счет бюджетных средств зависят от вида медицинской помощи, так высокотехнологичная медицинская помощь финансируется в 2015г.: 93%- ТФОМС; 5 %-бюджет субъекта РФ; 2%- федеральный бюджет. Следует отметить существующие перекосы в финансировании отдельных видов медицинской помощи населению: в современных условиях большая часть средств предоставляется на высокотехнологичную медицинскую помощь, а не на диспансеризацию, первичное выявление, долечивание и профилактику тяжелых медицинских патологий. Это приводит к тому, что культура полной диспансеризации отдельных слоев и групп населения практически утеряна, вместо выявления заболеваний на ранних стадиях, вылечивания и долечивания пациентов, финансируются дорогостоящие операции в состоянии тяжелых патологий.

По данным 2015 финансового года затраты бюджета Свердловской области на систему здравоохранения составляют 39,49 млрд. руб. или 19,7% от совокупных расходов, финансирование со стороны со стороны бюджета ТФОМС– 43,6 млрд. руб. (рассчитано авторами на основе [8]).

Таблица 1. Структура годового бюджета ТФОМС Свердловской области на 2015-2017 годы (рассчитано авторами на основании [6])

Доходы			Расходы		
Источники доходов	Сумма в млрд. руб.	Уд. вес, %	Направления расходов	Сумма в млрд. руб.	Уд. вес, %
1. Межбюджетные трансферты из областного бюджета (на содержание медицинских организаций; скорую медицинскую помощь неработающим)	2,3	5,27	1. Межбюджетные трансферты областному бюджету	2, 8	6,4
2. Межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС (на оплату медицинской помощи жителям области)	40,5	92,88	2. Общегосударственные вопросы, в т.ч. аппарат органов управления государственных внебюджетных фондов	0,82	1,88
3. Межтерриториальные расчеты по оказанию услуг для граждан застрахованных ОМС в других субъектах РФ	0,39	1,85	3. Здоровоохранение, в т. ч. базовая программа ОМС	41,3 39,2	91, 7 89, 9
ВСЕГО	43,6	100	ВСЕГО	43,6	100

Данные таблицы 1 показывают, что основным источником доходов областного ТФОМС - почти 93% - выступают целевые межбюджетные трансферты из федерального фонда обязательного медицинского страхования (субвенции на обеспечение делегированных государственных полномочий и субсидии на условиях софинансирования федеральных и

региональных программ в области здравоохранения, иные межбюджетные трансферты); 5% - отчисления областного бюджета за неработающее население области; и около 2% - межтерриториальные расчеты по системе ОМС. Оценка расходной части демонстрирует, что базовым

направлением затрат является обеспечение базовой программы ОМС - 90%; более 6 % - расчеты с областным бюджетом по ряду делегированных полномочий, около 2% - административные затраты на содержание органов управления фондом.

Практика реализации федерального закона №83 [7] и современное состояние финансово-хозяйственной деятельности (ФХД) медицинских организаций позволяют автору выделить преимущества и недостатки (проблемные аспекты) влияния правового положения на финансовое обеспечение организации предоставления медицинских услуг, степень финансовой самостоятельности и ответственности учреждения.

Таблица 2. Оценка влияния организационно-правовой формы государственных учреждений здравоохранения на финансовое обеспечение их деятельности

Правовой тип медицинской организации	Преимущества	Недостатки
Казенное учреждение	<ul style="list-style-type: none"> - финансирование на основании сметы с учетом себестоимости услуги; - возможность осуществлять деятельность, приносящую доход как дополнительный источник обеспечения сметы; - наличие субсидиарной ответственности собственника за результаты деятельности учреждения 	<ul style="list-style-type: none"> - себестоимость медицинской услуги растет с учетом роста цен на закупаемые товары и услуги, что требует возрастающих затрат из бюджетов; - средства от деятельности приносящей доходы поступают на счет бюджета субъекта РФ; - расходование средств по направлениям КОСГУ в рамках лимитов бюджетных обязательств
Бюджетное учреждение	<ul style="list-style-type: none"> - финансирование на основании плана ФХД в рамках использования бюджетной субсидии на выполнение государственного задания; 	<ul style="list-style-type: none"> - усложненный порядок организации закупок товаров и услуг по осуществлению своей деятельности (ФЗ №44, только 5% от плана ФХД на

	<ul style="list-style-type: none"> - возможность осуществлять предпринимательскую деятельность (платные медицинские и немедицинские услуги; сдача имущества в аренду и другое) и самостоятельно пользоваться этими доходами, - методически-организационная помощь со стороны учредителя 	<p>основании ФЗ№223),</p> <ul style="list-style-type: none"> - низкие тарифы обязательного медицинского страхования, которые зависят от количества прикрепленного населения при этом не учитывают региональные особенности предоставления услуг; - обязанность уплаты налога на прибыль, НДС (не на медицинские услуги), налога на имущество, земельного, транспортного, НДФЛ, страховых взносов; - обязанность использовать новую систему оплаты труда персонала (60%- оклад, 40 % стимулирующие надбавки) (2013-2015гг.- 70 % составляла стимулирующая часть)
Автономное учреждение	<ul style="list-style-type: none"> - финансирование на основании плана ФХД в рамках использования бюджетной субсидии на выполнение государственного задания; - право на осуществление предпринимательской деятельности (ассортимент и тарифы на платные услуги устанавливаются самостоятельно); - возможность использовать упрощенный формат закупок товаров и услуг (в соответствии с № ФЗ№223), - самостоятельность в распределении и размещении финансовых средств, - свободное формирование штатного расписания, - коллегиальность в реализации и изменении плана финансово-хозяйственной деятельности. - возможность использовать УСНО для оптимизации налоговых платежей 	<ul style="list-style-type: none"> - высокий уровень налогообложения, обязанность уплаты налога на прибыль, НДС (не на медицинские услуги), налога на имущество, земельного, транспортного, НДФЛ, страховых взносов; - невозможность на практике существенно регулировать тарифы на платные услуги; - отсутствие стимулов для экономии бюджетной субсидии на государственное задание, поскольку расходование остатков согласуется с учредителем и наблюдательным советом (возможность использования на капитальный ремонт и приобретение дорогостоящего имущества), но на практике как правило субсидия на следующий год урезается на сумму сэкономленных средств.

Представленная таблица методом простого сравнения показывает, что наибольший объем финансовой самостоятельности характерен для автономных медицинских организаций, что, безусловно, при высокой степени финансовой ответственности за качество и доступность услуг здравоохранения позволяет учреждению маневрировать в поиске оптимальных путей содержания своей текущей деятельности и развития. Следует констатировать, что при сокращении средств бюджетов и внебюджетных фондов, сокращении объемов государственного задания, преобразование правовых статусов бюджетных учреждений в автономные- это основание финансового обеспечения сферы государственного здравоохранения.

Таким образом, повышение эффективности предоставления государственных услуг здравоохранения в условиях снижения расходов бюджетов должны формировать на территории субъекта

РФ совокупность механизмов управления бюджетными расходами с целью создания стимулов для сокращения внутренних издержек медицинских организаций и привлечения ими внебюджетных источников финансового обеспечения.

Направления дальнейшей трансформации системы здравоохранения

Поскольку принципиально важным при этом является рост результативности использования государственных материальных и финансовых ресурсов для обеспечения необходимого объема государственных услуг, в т.ч. здравоохранения, авторам представляется необходимым разработку ряда рекомендаций с учетом территориальных особенностей региона для сохранения и увеличения стандарта обеспечения местного населения государственными услугами здравоохранения [3, с. 14-15]. Совокупность предлагаемых направлений совершенствования деятельности должна иметь нормативно-

правовое, институциональное и методическое направления и может относиться как к публично-правовым образованиям уровня субъекта РФ, так и к руководству подведомственных учреждений здравоохранения.

Нормативно-правовое направление:

- скорректировать тарифные соглашения с территориальным отделением ФОМС для приближения тарифов обязательного медицинского страхования к реальной себестоимости услуги с учетом природно-географических, климатических, демографических и других факторов социально-экономического развития региона;
- разработать новый нормативный механизм стимулирования основного и вспомогательного медицинского персонала с целью мотивации успешной финансово-хозяйственной деятельности всего учреждения, повышения конкурентоспособности на рынке медицинских услуг;
- в практике осуществления закупок товаров и услуг для государственных нужд учреждений здравоохранения учитывать качество закупаемых медицинских препаратов и материалов (по мнению независимых медицинских экспертов) с целью эффективности лечения, пресечения коррупции и выведения бюджетных средств;
- законодательно установить дополнительные полномочия органов местного самоуправления и руководителей медицинских организаций по привлечению дополнительных источников финансирования учреждений здравоохранения, обеспечению имущественных и финансовых преференций например: формирование благотворительных фондов и содействие реализации проектов государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения региона, содействие предоставлению бюджетных грантов и использованию земельных участков, льготы по оплате коммунальных услуг и т.д.

Институциональное направление:

- на региональном уровне ввести практику ориентации медицинских услуг на конкретную категорию потребителя (пол, возраст,

работники градообразующих предприятий отдельной отрасли, отдельной территории и т.д.), т.е. разработать систему специальных индикаторов, позволяющих измерить потребность в медицинской помощи и удовлетворенность конкретной группы ее качеством и доступностью (как в лечебно-профилактических учреждениях, так и органах власти) для уточнения объемов финансирования видов медицинской помощи;

- содействовать созданию медицинских кластеров, за счет выделения земельного участка и объектов инфраструктуры, проектирование комплекса, частичного финансирования данного проекта с целью подготовки профессиональных медицинских кадров, их дальнейшего трудоустройства, разработки и внедрения медицинских инноваций, оказания многопрофильных услуг населению.

Методическое направление:

- организовать и профинансировать профессиональную подготовку и переподготовку главных врачей и руководящих специалистов лечебно-профилактических учреждений с целью изучения основ экономики здравоохранения и маркетинга медицинских услуг;

- создать практику взаимодействия социально ориентированных некоммерческих организаций с государственными учреждениями здравоохранения региона с целью взаимодействия в отношении медицинской и социальной реабилитации отдельных групп и слоев населения региона, а также освоения наилучшей практики привлечения дополнительных доходов;

- содействовать в оказании учреждениям здравоохранения административной поддержки с целью уменьшения, либо ограничения проверок контрольно-надзорными органами их финансово-хозяйственной деятельности исходя из актуализации;

- способствовать оптимизации управления объектами движимого, особо ценного движимого и недвижимого имущества, находящегося в собственности учреждений здравоохранения путем организации учебно-

методических семинаров и реализации пилотных проектов по использованию имущества на территориях.

Авторы считают, что в настоящее время существуют реальные возможности оптимизации финансирования государственных услуг в сфере здравоохранения с учетом специфики региона, в т.ч. и старопромышленной

специализации. Для этого необходима четкая организация и регламентация работы главных распорядителей бюджетных средств регионального уровня, трансформация институциональных основ системы здравоохранения при одновременном контроле за потребностью и качеством медицинских услуг и доступности их для граждан.

Список литературы

1. Аганбегян А.Г. Об альтернативном подходе к финансированию здравоохранения и других отраслей социальной сферы // Деньги и кредит. 2013. № 9. С. 17-23.
2. Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации на очередной финансовый год и плановый период 2015-2017 г.г.»: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.12.2014г. №1173 [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
3. Качанова Е.А. Оценка влияния реформы бюджетного сектора экономики на структуру местного бюджета: современное состояние; перспективы развития // Финансы. 2011. № 1. С.3-15.
4. Козлов А.Е. Эффективность финансирования медицинских учреждений: метод одноканального финансирования // Журнал правовых и экономических исследований. 2015. № 1. С. 37-40.
5. Косякова Е.П. Финансирование здравоохранения в рамках системы фондодержания: опыт Пермского края // Master's Journal. 2014. № 1. С. 252-256.
6. О бюджете государственного внебюджетного территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области на 2015 год и плановый период 2016-2017 годов: Закон Свердловской области от 09.12.2014 г. №124-ОЗ [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
7. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений: Федеральный закон от 08.05.2010 г. № 83-ФЗ [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».
8. Об областном бюджете Свердловской области на 2015 год и плановый период 2016 и 2017 годов: Закон Свердловской области от 26.12.2014 г. № 129-ОЗ [Электронный ресурс]. Доступ из справ.-правовой системы «Консультант Плюс».
9. Официальный сайт Министерства финансов Российской Федерации [Электронный ресурс]. URL: www.minfin.ru (дата обращения 21.11.2016).
10. Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны // Здравоохранение Российской Федерации. 2013. № 5. С. 3-8.
11. Шавалеева Ч.М. Преимущественно одноканальное финансирование учреждений здравоохранения: опыт Республики Татарстан // Казанский медицинский журнал. 2013. Т. 94. № 6. С. 877-884.
12. Connolly S., Wren M.-A. (2016) «The 2011 proposal for Universal Health Insurance in Ireland: Potential implications for healthcare expenditure», Health Policy, volume 120, issue 7, pp. 790–796.
13. Humphries R. (2015) «Integrated health and social care in England – Progress and prospects», Health Policy, volume 119, issue 7, pp. 856–859.
14. Mitenbergsa U., Brigisa G., Quentin W. (2014) «Healthcare financing reform in Latvia: Switching from social health insurance to NHS and back?», Health Policy, volume 118, issue 2, pp. 147–152.
15. Powell-Jacksona T., Mazumdarb S., Millsa A. (2015) «Financial incentives in health: New evidence from India's Janani Suraksha Yojana», Journal of Health Economics, volume 43, pp. 154–169.