

УДК 336.6:61

## ФИНАНСОВЫЙ МЕХАНИЗМ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РФ

© 2014 Н.В. Курнакина\*

**Ключевые слова:** финансовый механизм, бюджетный процесс, финансовые ресурсы, система обязательного медицинского страхования, одноканальная система финансирования.

Основной целью реформ финансирования здравоохранения является повышение эффективности использования медицинскими организациями ограниченного объема финансовых ресурсов. Дается описание процесса государственного реформирования финансовой системы здравоохранения. Изменения в инструментах государственной финансовой политики в здравоохранении оказывают влияние на финансовый механизм медицинских организаций. Автор анализирует условия, в которых происходит формирование финансового механизма медицинских организаций на современном этапе. В результате анализа разработан состав финансового механизма учреждений, обусловленный законодательством и объективными экономическими процессами в здравоохранении.

Финансовые отношения в российском здравоохранении с момента принятия Закона РФ от 28 июня 1991 г. “О медицинском страховании в РФ” находятся в состоянии перманентного реформирования. Основной целью создания страховой медицины было повышение эффективности использования медицинскими организациями ограниченного объема финансовых ресурсов, выделяемого государством на здравоохранение, а также привлечение альтернативных источников денежных поступлений в отрасль (фонды добровольного индивидуального и корпоративного медицинского страхования, личные средства пациентов, средства спонсоров, пожертвования). Кроме того, предполагалось обеспечить бесперебойное финансирование здравоохранения в размерах, минимально необходимых для сохранения России в числе мировых лидеров в области медицинского обслуживания, а также кардинально повысить эффективность и качество медицинского обслуживания за счет создания конкурентной среды между страховщиками и непосредственно лечебно-профилактическими учреждениями.

Процесс государственного реформирования финансирования, начало которому было положено в 90-е г. XX в., продолжается и в настоящее время. Его основные вехи представлены в таблице.

Нормативно-правовое обеспечение реализации Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. началось с при-

нятия в ноябре 2010 г. Закона РФ № 326-ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в РФ”, нормы которого значительно изменили место и роль субъектов РФ в системе ОМС, направления и объемы финансовых потоков в рамках формирования и использования финансовых ресурсов ОМС.

Страховщиком по ОМС в соответствии с законом является Федеральный фонд ОМС, в котором концентрируются взносы работодателей на страхование работников и взносы органов исполнительной власти субъектов РФ на страхование неработающего населения. Участники системы - территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации осуществляют финансирование и оплату медицинских услуг, включенных в территориальную программу ОМС. Территориальный фонд получает субвенции и дотации из ФФОМС и финансирует СМО в соответствии с количеством застрахованных. В свою очередь, СМО осуществляет оплату счетов за оказанные медицинские услуги, а также финансирует ЛПУ по дифференцированным подушевым нормативам. Таким образом, реализован принцип одноканального страхового финансирования.

В ноябре 2011 г. принимается Закон РФ № 323 “Об основах охраны здоровья граждан”, в котором, в частности, сформулированы основные принципы охраны здоровья членов общества, отражены полномочия органов государственной власти и органов мест-

\* Курнакина Наталья Владимировна, аспирант Самарского государственного экономического университета. E-mail: nv125@rambler.ru.

**Государственные программы РФ в сфере финансов здравоохранения**

Программа	Основные мероприятия	Цели
1991 г. Переход от государственного финансирования здравоохранения к ОМС Закон "О медицинском страховании в РФ"	1. Создать организационную систему ОМС 2. Осуществить финансирование здравоохранения преимущественно за счет взносов страхователей	Повысить эффективность использования финансовых ресурсов в здравоохранении за счет обеспечения заинтересованности всех субъектов ОМС в их рациональном использовании
1998 г. Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ	Разработка и внедрение Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью	Сбалансированность обязательств государства с ресурсным обеспечением по их исполнению
2001-2010 гг. Концепция развития здравоохранения	Реализация национального проекта "Здоровье"	За счет финансирования из федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ обеспечить ускоренное развитие первичной медико-санитарной помощи, высококвалифицированной помощи, а также профилактики заболеваний
2011-2012 гг. Программа модернизации здравоохранения в рамках "Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года"	Реконструкция и технологическое переоснащение медицинских организаций. Повышение ставки взносов страхователей на ОМС работников и неработающего населения	За счет субсидий из бюджета Федерального фонда ОМС осуществить замену устаревшего медицинского оборудования, а также ремонт помещений медицинских организаций для повышения качества медицинского обслуживания

ного самоуправления, а также определены виды, условия, формы оказания медицинской помощи и источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья.

В 2014 г. утверждается Государственная программа развития здравоохранения РФ (Постановление Правительства РФ № 294 от 15 апреля 2014 г.), осуществить которую предполагается в два этапа: первый этап - с 2013 по 2015 г., второй - с 2016 по 2020 г. Общий объем финансирования программы составит порядка 26,6 трлн руб., в том числе из средств федерального бюджета - 2,4 трлн руб., из бюджетов субъектов РФ - 11,0 трлн руб., ФФОМС - 13 трлн руб. В результате предполагается довести уровень финансирования здравоохранения до показателей, сопоставимых с индикаторами развитых европейских государств - 10,7 - 11,9 % ВВП. В настоящее время этот показатель в 2-3 раза ниже, чем в странах ЕС, и составляет 3,2 - 3,5% ВВП.

Анализ нормативных документов свидетельствует, что в настоящее время в РФ финансирование здравоохранения осуществляется на основе рекомендаций, обоснованных такими российскими учеными, как Ю.М. Комаров (цель реформ - увеличение продолжительности жизни за счет снижения преждевременной смертности), Е. Сьорас,

С.В. Шимулин (центральным звеном системы здравоохранения является амбулаторно-поликлиническая помощь), В.М. Чернышев, В.И. Стародубов, Л.С. Шилова (преодоление разрыва между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением путем внедрения одноканальной (в рамках ОМС) системы финансирования медицинской помощи), И.М. Шейман, И.М. Степанов, К.И. Головщинский (планирование объемов финансирования медицинских организаций и осуществление расчетов в системе ОМС посредством нормативов подушевого финансирования с элементами фондодержания).

Приведенные российскими специалистами оценки свидетельствуют, что в группу стран - лидеров в области здравоохранения вошли Япония (27,21 балла), Норвегия (27,11), Швеция (26,11), Исландия (25,59), Австралия (24,48), Канада (24,44)<sup>1</sup>. Это государства, где сформированы системы с преимущественно рыночной моделью управления и страховым принципом финансирования медицинской помощи. Страны с преимущественно государственной системой здравоохранения (Испания, Великобритания) оказались во второй половине рейтинга. Популярная частная система здравоохранения США находится в этом рейтинге на предпоследнем месте, подтвер-

ждающая усиливающаяся критика со стороны населения, научного сообщества и организаторов здравоохранения. Таким образом, можно сделать вывод, что проводимые в РФ реформы финансирования здравоохранения, основанные на сочетании рыночного регулирования и преимущественно страхового принципа финансирования, соответствуют передовому мировому опыту и потенциально способны дать наибольший эффект в процессе совершенствования национальной системы здравоохранения.

Изменения в используемых государством инструментах финансовой политики в здравоохранении оказывают влияние на финансовый механизм медицинских организаций, которые являются основным звеном Программы развития здравоохранения РФ. Финансовый механизм медицинских организаций, собственником которых являются органы государственной власти, определяется нормативными актами по обязательному медицинскому страхованию, Бюджетным кодексом РФ и ФЗ № 83 от 8 мая 2010 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

Формирование финансового механизма, отвечающего требованиям законодательных новаций, происходит в условиях неблагоприятной внешней макроэкономической среды, финансовые ресурсы которой являются основным источником денежных доходов и поступлений для социальной сферы, в том числе для здравоохранения<sup>2</sup>. В настоящее время медицинские организации, по нашим оценкам, на 95% представлены государственными бюджетными учреждениями. Основу их финансирования составляют два принципа:

- ◆ подушевое финансирование с учетом выполненных объемов и показателей конечных результатов;

- ◆ фондодержание на базе подушевого принципа финансирования и показателей конечных результатов.

Порядок финансирования на основе фондодержания полностью отвечает всем принципам страховой деятельности. При этом в рамках подушевого финансирования рассчитывается (формируется) финансовый объем средств (страховой пул), состоящий из поду-

шевых нормативов (страховых взносов) и зависящий от численности прикрепленного населения. Объем данных средств обеспечивает оказание соответствующих медицинских услуг при наступлении страхового случая, т.е. чем больше размер объема финансовых ресурсов, тем больше вероятность покрыть достаточно крупные риски, к коим относится оказание наиболее затратных видов медицинской помощи. Поэтому медицинские организации заинтересованы в прикреплении максимально возможного количества застрахованных лиц, а также в осуществлении профилактической работы среди прикрепленного населения, так как известно, что экономически выгодно заболевание предупредить, чем его лечить. Кроме того, при выборе способа или методик лечения поставщики первичной медицинской помощи отдадут предпочтение наименее затратным и более эффективным, нежели инновационным и более дорогим решениям.

В условиях фондодержания основой финансовой устойчивости медицинской организации является размер страхового взноса или подушевого норматива, расчетом которого занимаются страховые компании. Подушевой норматив должен рассчитываться исходя из потребности в финансовых средствах, т.е. из фактической стоимости Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В отечественной практике расчет подушевых нормативов финансирования возложен на территориальные фонды ОМС. По нему с учетом количества застрахованных финансируются страховые медицинские организации. Последние с учетом данного норматива определяют тариф и заключают с медицинской организацией договор на оплату медицинской помощи. Порядок расчета и утверждения дифференцированных подушевых нормативов для страховых медицинских организаций разрабатывается в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Минюстом

России от 3 марта 2011 г. № 19998, в ред. приказов Минздравсоцразвития РФ от 10 августа 2011 г. № 897н, от 9 сентября 2011 г. № 1036н) и от 9 сентября 2011 г. № 1030н “Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования”.

Переход на преимущественно одноканальную систему финансирования должен сопровождаться наличием достаточных финансовых средств в системе здравоохранения субъекта Российской Федерации. Фактические нормативы финансирования по видам медицинской помощи должны быть, по крайней мере, не ниже соответствующих федеральных значений, установленных федеральной программой государственных гарантий на соответствующий год.

Необходимость финансовой обеспеченности территориальной программы государственных гарантий подтверждают результаты анализа эффективности систем здравоохранения субъектов РФ, основанного на результатах интегральной оценки доступности, качества и ресурсного обеспечения здравоохранения. Исследование показало, что перевод территорий на финансирование преимущественно по системе обязательного медицинского страхования является эффективным способом оптимизации имеющегося избыточного финансирования при его наличии. При дефицитном бюджете территориальной программы государственных гарантий, в том числе и в части обязательного медицинского страхования, данная мера может привести к снижению качества оказываемой помощи<sup>3</sup>. В настоящее время тарифы взносов страхователей, по мнению специалистов, занижены вдвое, поэтому сохраняется остаточный принцип финансирования здравоохранения и фактический дефицит территориальных программ.

Внедрение подушевых принципов оплаты с вариантами фондодержания в условиях дефицита ТПГГ и, соответственно, низкого уровня подушевых нормативов финансирования, приведет к финансовой неустойчивости и даже убыточности бюджетных учреждений здравоохранения. В этих условиях особое место в составе финансового механизма принадлежит инструментам оперативного управления финансовыми и денежными потоками, а первоочередной задачей является

обеспечение ликвидности и платежеспособности организации.

Кроме того, система финансирования и оплаты медицинских услуг тесно увязана с порядком планирования объемов и структуры медицинской помощи. Планирование проводится в соответствии с утвержденными на федеральном уровне “Методическими рекомендациями о порядке формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью”, а также на основе нормативных актов региона, регулирующих планирование объемов помощи.

На базе предварительного варианта распределения согласительная комиссия субъектов обязательного медицинского страхования устанавливает для каждой СМО примерные показатели объемов медицинской помощи для застрахованного контингента населения. Эти объемы корректируются СМО в ходе ведения переговоров с медицинскими организациями. При этом корректировки проводятся в пределах финансовых средств, планируемых СМО на основе дифференцированного подушевого норматива.

Таким образом, задачи финансового управления медицинских организаций и соответствующий финансовый механизм должны включать в себя блок, обеспечивающий результативное оказание медицинских услуг, а также блоки, отвечающие за планирование объемов медицинских услуг, поступлений и расходование денежных средств, синхронизацию финансовой деятельности с бюджетным процессом и безубыточность медицинских организаций.

Следует также учесть важную роль в управлении бюджетными учреждениями здравоохранения, а также в составе их финансового механизма внутреннего финансового контроля, который позволяет сопоставить достигнутые результаты с запланированными, а также обосновать тактические и стратегические управленческие решения<sup>4</sup>.

Теоретические и практические аспекты внутреннего контроля в бюджетных учреждениях здравоохранения нашли отражение в работах отечественных и зарубежных ученых: А.С. Акопяна, М. Вахрушиной, И.Ю. Гарнова, Т.М. Жигулиной, В.М. Матарова,

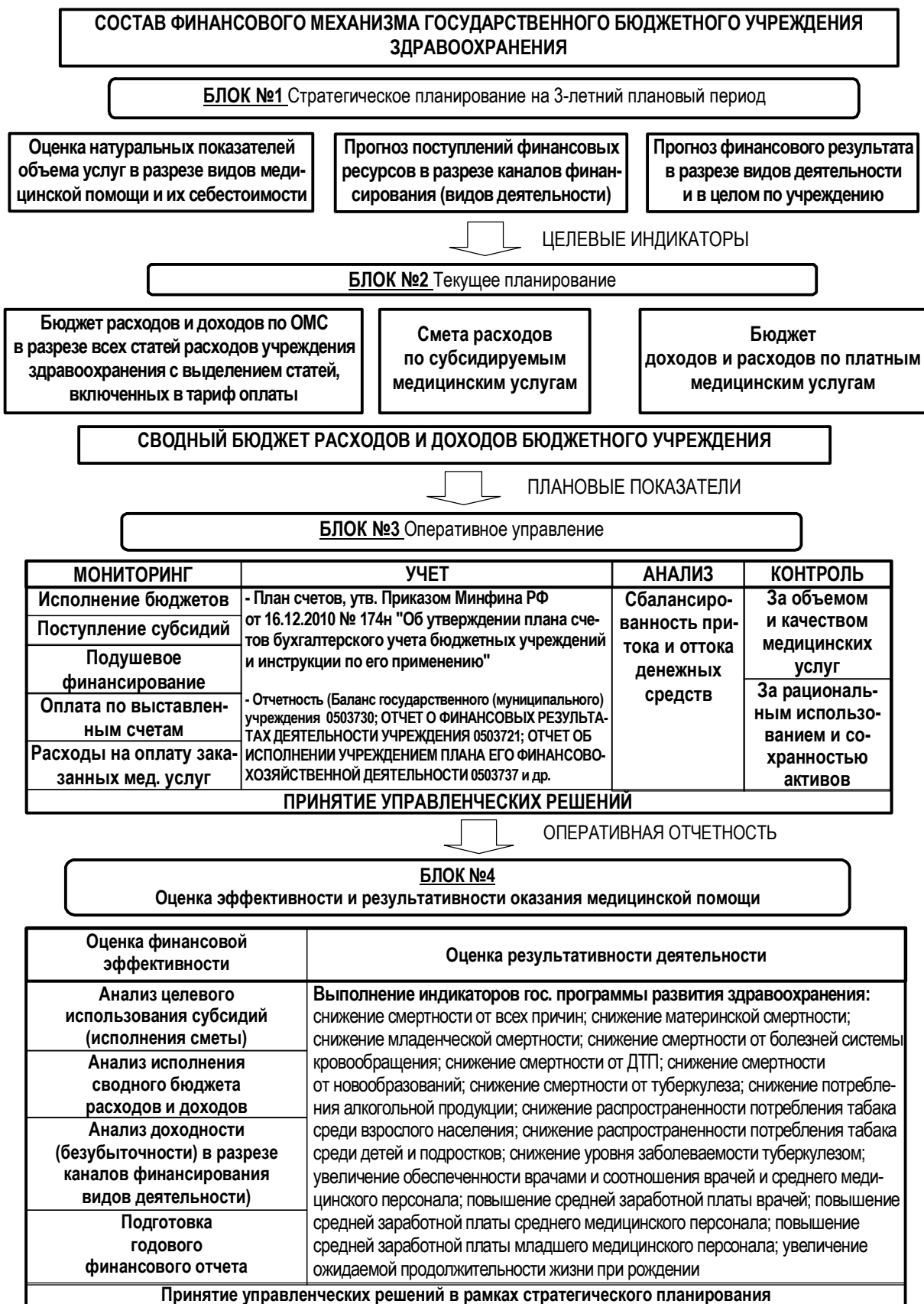


Рис. Состав финансового механизма государственного бюджетного учреждения здравоохранения

М.Е. Путина, Е.Н. Синевой, В.Я. Соколова и др. Современный этап развития финансов здравоохранения требует разработки новых приемов осуществления контроля расходов бюджетных и внебюджетных средств в лечебно-профилактическом учреждении. Ведомственные инструкции по осуществлению внутреннего финансового контроля в государственных бюджетных учреждениях здравоохранения в настоящее время не разработаны. Следовательно, разработка методов финансового контроля в составе финансового механизма является неотъемлемой частью процесса управления медицинской организацией и должна быть возложена непосредственно на ее менеджмент.

Предлагаемая блок-схема финансового механизма медицинских организаций представлена на рисунке.

Состав финансового механизма государственных бюджетных учреждений здравоохранения определили следующие обусловленные законодательством и объективными экономическими процессами факторы:

- ♦ одноканальное финансирование услуг по ОМС;

- ♦ субсидирование заказанных органами власти медицинских услуг (ФЗ № 83 от 8 мая 2010 г.);

- ♦ принципы бюджетных отношений в рамках бюджетного процесса;

- ♦ экономико-правовые основы организации финансовых потоков между субъектами и участниками ОМС;

- ♦ потребность медицинских организаций в осуществлении предпринимательской деятельности;

- ♦ обеспечение безубыточности медицинской организации в условиях дефицита источников внешнего финансирования;

- ♦ необходимость осуществления анализа финансовой эффективности и результативности деятельности медицинской организации, а также организации финансового контроля.

---

<sup>1</sup> *Гринкевич Л.С., Банин С.А.* Концептуальная модель формирования социально-ориентированной региональной системы финансирования медицинских организаций // *Финансы и кредит.* 2011. № 36. С. 42.

<sup>2</sup> *Валиева Е.Н.* Модернизация финансового механизма обязательного медицинского страхования в РФ // *Вестник Самарского государственного экономического университета.* Самара, 2013. № 2. С. 17.

<sup>3</sup> *Обухова О.В.* Риски в условиях ОМС. Экономический анализ: теория и практика. 2011. № 39. С. 34.

<sup>4</sup> *Тараскина А.В., Зурнаджьянц Ю.А.* Особенности организации внутреннего контроля в учреждениях здравоохранения // *Экономика.* 2008. № 7. С. 129.

*Поступила в редакцию 12.09.2014 г.*