Министерство образования РФ

Байкальский государственный университет экономики и права

Кафедра экономики и менеджмента сервиса

КУРСОВАЯ РАБОТА

По дисциплине «Бюджетная система РФ»

**ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( дата, подпись) (группа, Ф.И.О.)

Руководитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( дата, подпись) (должность, Ф.И.О.)

Иркутск 2006

**СОДЕРЖАНИЕ**

I. ВВЕДЕНИЕ…..….……………......................…………………..……………...3

II.ФИНАНСИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ……………………………………………………………………5

1. Общие сведения………..……………………………………………...…....5
2. Кредиты и их виды…………………………………………………..……..6
3. Лизинговые операции………..………………………………….….…….10
4. Финансовые показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений…….…………………………………………………………..….…11
5. Ресурсы здравоохранения…………………………………….….……….14
6. Ценные бумаги в здравоохранении……...................................................17
7. Деятельность лечебно-профилактических учреждений, работающих в системе ОМС……………………………………………………………..……...19

III. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ…………………….…..…23

Оценка недофинансирования здравоохранения 2004—2006 г. г…….…...….26

IV. ПРЕДЛОЖЕНИЯ……………...…………………..…………………….…..28

V.ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………….…………………………………….………..….32

Список используемой литературы…………...…………………………..…….33

Приложения

**I. ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность и значимость рассмотрения проблемы возникла в связи с тем, что в настоящее время состояние здоровья населения РФ прогрессивно ухудшается по сравнению с таковым в РСФСР в 1990г. и в странах Европы. Смертность на 60-80% превышает европейские показатели, общая продолжительность жизни в РФ на 16,4 года меньше, чем в Японии, на 14,3, чем в Канаде, на 12,9, чем в Финляндии, на 12,0 чем в США, и на 5,7 года меньше, чем в Китае. Показатели здоровья детей - одни из худших в Европе, прогрессивно растет смертность по основным классам болезней - сердечно-сосудистым, патологии системы пищеварения и др.

Государственное финансирование здравоохранения РФ в 2004-2005 гг. составило 2,9 и 2,8% ВВП соответственно, а в 2006 г. будет соответствовать 2,9% ВВП. Расходы населения на здравоохранение в 2006 г. могут составить максимум 1,1% ВВП. Таким образом, общие расходы на здравоохранение в доле ВВП не увеличиваются и в 2006 г. будут составлять около 4%. Общие расходы на здравоохранение в доле ВВП в странах Восточной Европы равны 6%, Западной Европы - около 9%, США - 14%. При этом абсолютная величина ВВП в РФ почти в 20 раз меньше, чем в ЕС и США. В абсолютных цифрах расходы здравоохранения на душу населения в РФ в 40 раз ниже, чем в США, в 20-30 раз, чем в Западной Европе, в 6,5 раза, чем в Чехии, в 1,9 раза, чем в Турции.

Недофинансирование российского здравоохранения из средств государственного бюджета составит в 2006 г. около 500 млрд. руб. (до уровня 6% ВВП по примеру стран Восточной Европы и Балтии).

Увеличение бюджетного финансирования здравоохранения в 2006 на 67 млрд. руб. (по проекту "Здоровье") составляет всего 0,25% ВВП, т.е. 13% суммы недофинансирования.

В данной работе подробно рассматриваются общие сведения о финансировании лечебно-профилактических учреждений. Рассказывается об источниках финансирования, а именно: государственный бюджет, казначейство, банки, валютные фонды, сберегательные банки, страховые и лизинговые компании, пенсионные фонды, фондовые биржи.

Показана связь между ухудшением здоровья нации и исходно недостаточных государственных затрат на здравоохранение. Наглядно изображены общие затраты на здравоохранение в США, ЕС, странах Восточной Европы и Балтии и государственные затраты РФ в процентах ВВП. Величина недофинансирования здравоохранения представлена в таб.2. Рассмотрена система финансирования здравоохранения в США.

Цель настоящей курсовой работы – рассмотреть особенности финансирования здравоохранения и предположить пути решения данной проблемы.

II. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Общие сведения

В условиях формирования и развития рынка услуг здравоохранения особое значение приобретают финансовые отношения лечебно-профилактических учреждений. Они реализуются в определенной финансовой среде. К основным её структурным элементам можно отнести (рис.1)

ЛПУ

Казначейство

Пенсионные фонды

Валютные фонды

Сберегательные банки

Фондовые биржи

Государственный бюджет

Банки

Страховые и лизинговые компании

Рис.1 Финансирование лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.

Финансовое обеспечение деятельности лечебно-профилактических учреждений является определяющим фактором финансовой стабильности, платежеспособности, а главное — конкурентоспособности оказываемых медицинских услуг. Основой для этого являются финансовые ресурсы. С экономической точки зрения финансовые ресурсы — это совокупность денежных средств (собственных и привлеченных), находящихся в хозяйственном обороте и используемых в процессе предпринимательской деятельности.

В практической деятельности финансовые — ресурсы выступают двух основных видах: долгосрочные финансовые средства в форме основных фондов (капитала) и краткосрочные (финансовые средства для текущей деятельности). Кроме того, финансовые ресурсы различают по источникам формирования (внутренний и внешний) и степени принадлежности — собственные и заемные.

Собственные средства — это совокупные денежные ресурсы, находящиеся в хозяйственном обороте и принадлежащие лечебно-профилактическому учреждению. Их движение обеспечивается за счет внутренних источников развития. К ним можно отнести нераспределенную прибыль и амортизационные отчисления. Они стабильны, но ограничены сроком эксплуатации медицинского оборудования и техники, скоростью оборота денежных средств, величиной текущих расходов и темпами оказываемых медицинских услуг.

Заемные средства (привлеченные) — это денежные ресурсы, не принадлежащие лечебно-профилактическому учреждению, но временно находящиеся в его распоряжении наряду с собственными. К ним можно отвести кредиты, получаемые в банках, выпуск акций, собственных долговых обязательств и пр.

На современном этапе развития существуют и иные способы привлечения недостающих финансовых средств, более выгодных, чем кредиты. Это — лизинг и факторинг.

Конкретное решение о необходимости и размере привлекаемых финансовых средств принимается руководителями лечебно-профилактических учреждений. При определении потребности учитываются такие моменты: цель и период, на который требуются средства; сумма необходимых денежных средств; каковы будут затраты при возвращении долгов. После этого выбирается наиболее приемлемый вариант. Давайте проведем анализ внешних источников привлечения финансовых средств, определив, что выгоднее для лечебно-профилактических учреждений.

2. КРЕДИТЫ И ИХ ВИДЫ

Приняв решение о необходимости займа, нужно обратиться в банк. Специальный отдел банка, ведающий кредитованием, рассматривает и анализирует предоставляемые лечебно-профилактическим учреждением специальные данные о кредитоспособности (показатели ликвидности, оборачиваемости ресурсов, коэффициенты прибыльности). Если решение вопроса положительное, разрабатываются условия кредитного соглашения, т. е. основные условия кредита, которые вытекают из сроков, целей предоставления и использования ссуды (рис.2) .

Финансовые ресурсы лечебно-профилактичесго учреждения и их классификация

по видам

по источникам

по степени принадлежности

долгосрочные

краткосрочные

собственные

заемные

внутренние

внешние

нераспределенная прибыль

амортизационные

отчисления

кредиты

выпуск акций

лизинг

факторинг

Рис.2 Схема финансовых ресурсов ЛПУ.

Кредиты, к которым обращаются учреждения, традиционно делятся на краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные.

Краткосрочные ссуды выдаются банками на срок менее года, на 30, 60, 90 дней. Условием предоставления ссуды является достаточная ликвидность заемщика, или возможность быстрого превращения активов заемщика в наличные деньги. Условие ликвидности ужесточается в случае предоставления кредитов до востребования, т.е. не имеющих конкретного оговоренного срока погашения. В последнее время учреждения, нуждающиеся в краткосрочных ресурсах, предпочитают не обращаться в банки, а прибегать к выпуску коммерческих бумаг, особых обязательств без специального обеспечения. Процентная ставка по коммерческим бумагам не является фиксированной, находится в пределах 6—8%.

Среднесрочные ссуды берутся учреждениями обычно па срок от 1 года до 7—8 лет. Чаще всего эти ссуды требуют специального залога. В качестве залога могут выступать складские помещения, недвижимость различного рода, товарные запасы. Кроме того, предоставляя среднесрочный кредит, банки обычно выдвигают ряд требований, влияющих на сохранность и использование залога. Учреждения могут в качестве залога получаемой ссуды предоставить залоговые квитанции, но в этом случае объем ссуды не превысит 85% стоимости обеспечения. В случае если залог хранится вне учреждения-заемщика, учреждение вместе с процентом по ссуде выплачивает и стоимость использования складских помещений посреднических складских фирм (около 1,5—2% от суммы ссуды). Учреждения оплачивают работы у складских рабочих в том случае, если предоставление залога в обеспечение кредита сопровождается его перемещением с одного склада на другой.

Долгосрочные займы обычно связаны с расширением основной деятельности. Такие ссуды предоставляются на срок более 10 и даже 20 лет. Долгосрочные ссуды всегда являются обеспеченными, а типичным видом залога служит недвижимость. Ссуды, выдаваемые банками под залог коммерческой недвижимости, называются ипотечными кредитами.

Другой путь привлечения долгосрочных займов — выпуск долгосрочных облигаций. Такие облигации выпускаются на срок более 20 лет. Предоставление банками кредитов предприятиям сопровождается страховыми операциями. Развитие форм страхования кредитов обусловливается желанием кредитора обезопасить себя на случай неплатежеспособности заемщика. Со стороны клиентов банка - учреждений обращение к страхованию преследует цель защиты от возможных удорожаний кредита (рост процентных ставок) или иных изменений в условиях кредитования.

Иногда часть ссуд выдается в форме открытия лимита, т.е. «кредитной линии» — лимит по овердрафту. Овердрафт — предоставление кредита банком клиенту сверх остатка по его текущему счету. Открытие кредитного лимита означает достижение между заемщиком и банком договоренности о максимальной сумме задолженности по кредиту. Лимит устанавливается на определенный срок, например на год, в течение которого заемщик может в любой момент получить ссуду без дополнительных переговоров с банком. Но банк может отказать выдать ссуду в рамках утвержденного лимита, если положение дел заемщика ухудшилось. Открытие кредитной линии сопровождается, как правило, требованием банка, чтобы заемщик хранил своем текущем счете минимальный компенсационный остаток, обычно в размере не менее 20% суммы кредита.

Важной особенностью кредитных отношений лечебно-профилактических учреждений и коммерческих банков является то, что предоставление кредитов сопровождается ведением счетов учреждений.

Особым видом услуг, за которыми обращаются в банк, являются консультации и управление портфельными инвестициями учреждений. Речь идет о том, что если у лечебно-профилактических учреждений высвобождаются денежные средства, то их целесообразно помещать в доходные инвестиционные активы — ценные бумаги, залоговые документы и прочие виды финансовых обязательств. Для управления сформировавшимся портфелем ценных бумаг требуется консультант, которого выделяет коммерческий банк. Управление портфелем ценных бумаг сводится к умению распоряжаться различным набором ценных бумаг таким образом, чтобы они не только сохраняли свою первоначальную стоимость, но и приносили весомый доход, не зависящий от текущей прибыли их держателя.

Для определения эффективного набора финансовых активов используется мониторинг, представляющий собой детальный анализ:

а) общего положения лечебно-профилактического учреждения — эмитента ценных бумаг, как имеющихся в распоряжении отдельного инвестора, так и выбранных с целью приобретения в будущем;

б) инвестиционных качеств ценных бумаг. При этом исследуются основные показатели, отражающие внутреннюю и внешнюю деятельность того или иного учреждения.

Итак, мы проанализировали основные виды кредитов, которые возможно получить в настоящее время. Очевидно, что условия кредитных соглашений не просты для предпринимателя, испытывающего потребность в денежных средствах. Поэтому целесообразно обратить ваше внимание на иные, более доступные и выгодные источники финансирования предпринимательской деятельности.

3. ЛИЗИНГОВЫЕ ОПЕРАЦИИ

Лизинг — один из способов финансирования предпринимательской деятельности; долгосрочная аренда машин и оборудования. В Указе Президента Российской Федерации «О развитии финансового лизинга в инвестиционной деятельности» от 17.09.94 № 1929 отмечается, что лизинг призван повышать эффективность предпринимательской деятельности во всех областях общественного хозяйства, в том числе и включая здравоохранение. В развитие этого указа принято Постановление Правительства РФ «О развитии лизинга в инвестиционной деятельности» от 29.06.95 № 633. В соответствии с этим документом лизинг представляет собой вид предпринимательской деятельности, направленной на инвестирование временно свободных или привлеченных финансовых средств, когда по договору финансовой аренды (лизинга) арендодатель (лизингодатель) обязуется приобрести в собственность обусловленное договором имущество у определенного продавца и предоставить это имущество арендатору (лизингополучателю) за плату во временное пользование для предпринимательских целей.

Лизинговые операции рассматриваются деловым миром как новый и перспективный вид финансирования. Не только потому, что они оказывают финансовую помощь нуждающимся в ней учреждениям, но также потому, что они обеспечивают экономические выгоды для учреждений: сохранение ликвидности, неомертвление собственного капитала, прочная основа для расчетов, балансовые преимущества, выгода страхования.

В качестве аргументов, обосновывающих целесообразность данного способа финансирования, можно привести следующие:

во-первых, желание приобрести сложное и редкое медицинское оборудование и аппаратуру;

во-вторых, возможность использовать данную форму как средство борьбы с моральным износом оборудования. Лизинговое соглашение нередко предусматривает замену устаревших узлов и деталей;

в-третьих, возможность использовать ее при имеющейся потребности в средствах, не связанных с основной деятельностью (например, в транспортных средствах для перевозки больных);

в-четвертых, желание избежать гарантийного и авансового залогов, так как данная форма финансирования их не предполагает.

Новым видом услуг в области финансирования является факторинг. Основной принцип факторинга состоит в том, что фактор-фирма покупает у своих клиентов их требования к другим клиентам, т.е. клиентам клиентов, в течение 2—3 дней оплачивает им от 70 до 90% требований в виде аванса. Остающиеся 10—30 % клиент получает после того, как к нему поступает счет от партнера.

Преимущество такой формы услуг заключается в увеличении ликвидности, а достаточно высокий уровень ликвидности является предпосылкой для быстрого роста.

Факторинг является новой эффективной системой улучшения ликвидности и уменьшения финансового риска для лечебно-профилактических учреждений с быстрорастущим оборотом, которые не хотят брать на себя выполнение административной работы по проверке платежеспособности своих клиентов, ведению бухгалтерского учета и в отношении своих требований и заинтересованы в быстром получении денег по своим счетам.

4. ФИНАНСОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Важнейшими финансовыми показателями, отражающими деятельность лечебно-профилактических учреждений являются: коэффициент покрытия, коэффициент ликвидности, степень покрытия краткосрочных долгов, коэффициент автономии.

Взаимно дополняя друг друга, эти показатели дают возможность всесторонне оценить финансовое положение объекта здравоохранения.

Коэффициент автономии характеризует удельный вес собственных денежных средств в итоговой сумме всех средств, авансированных данному лечебно-профилактическому учреждению. Рассчитывается по формуле:

,

где — коэффициент автономии; — сумма собственных денежных средств ЛПУ;— сумма авансированных средств, т.е. сумма баланса.

Коэффициент автономии показывает, каков удельный вес собственных денежных средств в итоговой сумме всех средств, авансированных данному ЛПУ. То есть определяет, насколько данное лечебно-профилактическое учреждение независимо от заемных средств. Чем большими средствами располагает ЛПУ, тем больше имеет возможность свободно реагировать на меняющуюся конъюнктуру рынка медицинских услуг. Экономическая практика показывает, что данный коэффициент должен превышать 0,5, или чтобы сумма собственных средств была больше всех средств, которыми располагает ЛПУ.

Коэффициент ликвидности определяется сопоставлением наиболее ликвидной части оборотных средств, т.е. наличных денег и вложений в ценные бумаги, с кратковременной задолженностью лечебно-профилактического учреждениия. Рассчитывается по формуле:

,

где — коэффициент ликвидности; — сумма наличных денег ЛПУ, руб.; — сумма вложений в ценные бумаги, руб.; — величина краткосрочных займов (кредитов), руб.

Коэффициент ликвидности отражает, какую часть краткосрочной задолженности лечебно-профилактическое учреждение может погасить в ближайшее время (на день составления баланса).

Коэффициент маневренности показывает, какой частью собственных/имеющихся средств можно относительно спокойно маневрировать. Кроме того, он позволяет определить правильность вложения средств в активы.



где — коэффициент маневренности; — общая сумма собственных средств, руб.; — сумма собственных средств ЛПУ, вложенных в оборотные средства, руб.

Коэффициент должен быть достаточно высоким (больше 0,5). В этом случае можно предположить, что руководство ЛПУ проявляет достаточную гибкость в использовании собственных средств.

Коэффициент покрытия характеризует отношение мобильных (оборотных) средств лечебно-профилактического учреждёния к его краткосрочной задолженности. Рассчитывается по формуле:



где — коэффициент покрытия;  — мобильные (оборотные) средства ЛПУ, руб.; — величина краткосрочных займов, руб.

Коэффициент покрытия показывает платежную возможность ЛПУ, оцениваемую при условии не только современных расчетов с дебиторами и благоприятной ситуации в реализации медицинских услуг, но и продажи в случае необходимости прочих элементов материальных оборотных средств.

Финансовый анализ в рамках лечебно-профилактического учреждения является основой для достижения главной цели предпринимательской деятельности — получение прибыли.

Экономическое обеспечение деятельности ЛПУ — это механизм удовлетворения потребностей учреждения в экономических ресурсах.

5. РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Различают материальные, трудовые и финансовые ресурсы ЛПУ.

Материальные ресурсы — это совокупность естественных и инвестиционных ресурсов. В структурном отношении они включают: медикаменты, медицинское оборудование, аппаратуру, медицинские инструменты, перевязочные средства и средства ухода за больными и т.п.

Трудовые ресурсы — медицинские кадры: врачи, медицинские сестры. Экономическое обеспечение деятельности ЛПУ должно базироваться на определенных принципах Важное значение в эффективном решении проблемы удовлетворения потребностей фирмы в экономических ресурсах занимает оценка состояния производственной базы ЛПУ. Сюда включается анализ размеров производственной площади, наличного оборудования и медицинской техники, численности работающих.

Капитал — это отношение между людьми по поводу создания и распределения конкретно-экономических форм дохода предприятия, основанного на найме персонала.

Согласно финансовому определению капиталом называют все активы (средства) фирмы. По функциональному определению, это только реальный объект, т. е. средства производства. Капитал как средства производства делится на средства и предметы труда, т.е. на основной и оборотный капитал.

Анализ основного и оборотного капитала

Ниже приведена схема основного и оборотного капитала ЛПУ. (рис.3)

Основной капитал (основные фонды) анализируются по нескольким направлениям.

1. Динамика основных, фондов ЛПУ в рыночных ценах с учетом инфляции. Эту динамику можно сопоставлять с объемом оказанных медицинских услуг в неизменных ценах и на этой основе определять, растет отдача от основных фондов или нет.

производственные ресурсы ЛПУ

основной капитал

(основные средства)

оборотный капитал

(оборотные средства)

здания и сооружения

медицинское оборудование, аппаратура

топливо,

энергия

фонд заработной платы

лекарственные средства и средства ухода за больными (включая малоценный быстроизнашивающийся инвентарь)

Рис.3 Производственные ресурсы ЛПУ.

2. Анализ структуры основного капитала, в том числе:

— производственной (отраслевой) структуры, говорящей о распределении основных фондов по разным областям деятельности в здравоохранении;

— технологической структуры, показывающей соотношение между активной частью медицинского оборудования и средств воздействия на пациента, непосредственно участвующих в оказании медицинских услуг, и пассивной (здания, сооружения);

возрастной структуры, характеризующей основные фонды по сроку службы. Этот момент наиболее важен. Нормативные сроки службы для оборудования и аппаратуры ЛПУ могут составлять 6 лет, а для зданий 35 лет (что соответствует рекомендациям, принятым в экономически развитых странах). Степень обновляемости медицинского оборудования служит индикатором восприимчивости отрасли к достижениям НТР.

3. Анализ обновления, выбытия и износа основных фондов, которые характеризуются соответствующими коэффициентами:



где  — коэффициент обновления; — стоимость введенных основных фондов (за год), в руб.; — стоимость основных фондов на конец года, руб.



где — коэффициент выбытия; — стоимость ликвидированных основных фондов, в руб.; — стоимость основных фондов на начало года, руб.

Коэффициент износа — это доля тех фондов, возраст которых превышает нормативные сроки.

4. Технический уровень основного капитала ЛПУ определяется сравнением с главными конкурентами ЛПУ на рынке медицинских услуг.

5. Эффективность использования основных фондов характеризуется следующими коэффициентами:

— коэффициентом интенсивности использования медицинского оборудования и аппаратуры, т.е. коэффициентом сменности работы оборудования. Во многих странах медицинское оборудование в клиниках используется не 6 часов в сутки, а гораздо больше — 10 часов и выше;

— фондоотдачей, показывающей, сколько медицинских услуг можно оказать, используя то или иное медицинское оборудование или аппаратуру. К сожалению, такой показатель отсутствует в анализе хозяйственной деятельности ЛПУ. Он рассчитывается по формуле:



То есть фондоотдача рассчитывается как отношение стоимости оказанных медицинских услуг к стоимости активной части основных производственных фондов или к стоимости единицы данного медицинского оборудования. Этот показатель наиболее весомый в характеристике эффективности использования активной части медицинского оборудования и медицинской техники. Именно он позволяем проводить оценку использования основных производственных фондов по временным периодам, по аналогичным ЛПУ, по аналогичному оборудования.

Анализ всех вышеперечисленных показателей помогает оценить эффективность экономической деятельности медицинского учреждения.

6. ЦЕННЫЕ БУМАГИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Медицинская организация может выпускать также облигации и векселя. Дадим им определения.

Облигация — это долговое обязательство государства или юридического лица, Облигация выражает отношения займа, владелец облигации выступает как кредитор медицинского предприятия, по облигациям выплачиваются процент или единая сумма (как по кредитам). В облигацию можно помещать деньги и из нее можно извлекать деньги, это средство дополнительного финансирования ЛПУ, Реквизиты облигаций включают:

— наименование ценной бумаги: «облигация»;

— наименование предприятия, учреждения и его местонахождение;

— номинальная стоимость облигации;

— имя держателя для именных облигаций (также бывают купонные облигации);

— срок погашения;

— уровень и сроки выплаты процента (для процентных облигаций);

— подпись руководителя предприятия медико-промышленного комплекса.

Еще одним видом ценных бумаг является вексель, восстановление вексельного обращения в России сталкивается с огромными трудностями, в том числе обусловленными тем, что отсутствует полная и непротиворечивая нормативная база.

Итак, вексель — особый вид письменного договорного обязательства, дающий его владельцу право требовать по истечении определенного срока с лица, выдавшего (или акцептовавшего) обязательство, уплаты обозначенной в нем денежной суммы. Особенностями векселя являются его бесспорность (плательщик не вправе отказаться от уплаты по векселю) и обращаемость (взамен наличных денег). Вексель форма коммерческого кредита. Вексельное обращение через механизм безналичных расчетов способствует экономии наличных денег.

Вексель бывает простой и переводной. Простой вексель выписывается заемщиком и имеет следующие обязательные признаки: указание места и времени выдачи векселя, суммы долгового обязательства, срока и места платежа, фамилии лица, которому должен быть произведен платеж. Вексель должен быть подписан векселедателем.

Переводной вексель (тратта) выписывается кредитором, а не заемщиком, и представляет собой письменный приказ кредитора (трассанта) заемщику (трассату) об уплате в указанный срок определенной суммы денег поименованному в векселе третьему лицу (реминенту) или предъявителю (если вексель предъявительский). Переводной вексель должен быть подтвержден должником, что осуществляется путем акцепта векселя, т.е. подписи трассата на векселе, удостоверяющей его согласие на оплату.

В зависимости от характера возникновения векселя подразделяются на частные и казначейские (последние выпускаются государством). Частные векселя в свою очередь подразделяются на коммерческие и финансовые. Коммерческие векселя возникают на основе действительных сделок купли-продажи товаров в кредит. Финансовые векселя не имеют реальной основы, они выдаются предпринимателями друг другу с целью последующего их учета в банках. Предприятиями медико-промышленного комплекса векселя могут, выданы для покрытия своих расходов. В соответствии с п.44 Положения о переводном и простом векселе отказ в акцепте или платеже должен быть удостоверен актом, составленном в публичном порядке. Инструкция о порядке совершения нотариальных действий государственными нотариальными конторами РСФСР от 06.01.87 № 01/16-01,предусматривает, что для составления акта протеста векселя предъявляется требование к плательщику о платеже по векселю.

Вексельное обращение расширяет возможности ЛПУ в решении своих финансовых проблем.

7. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОМС

На 1 января 2005 года число самостоятельных лечебно-профилактических учреждений, работающих по типовым договорам на предоставление ЛПУ медицинской помощи, составило 8457, из них 8416 медицинских учреждения имели лицензии на осуществление определенных видов деятельности и услуг по программе ОМС. Кроме того, по типовым договорам работали 19760 учреждений, входящих в состав других учреждений.

Из общего числа самостоятельных медицинских учреждений насчитывалось 5321 стационаров, 2157 амбулаторно-поликлинических учреждений, 838 стоматологических и 141 других учреждений здравоохранения. Основные показатели их деятельности представлены в таблице 1.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели деятельности | |
| СТАЦИОНАРЫ | |
| Число среднегодовых коек – всего из них койки по ОМС койки дневного пребывания | 1307462 1141663 (87,3%) 86266 (6,6%) |
| Число выбывших больных – всего (тыс. чел.) из них по ОМС | 32693,6 28801,4 (88,1%) |
| Проведено больными койко-дней – всего (тыс.) из них по ОМС на койках дневного пребывания | 402155,8 341937,4 (85,0%) 23685,5 (5,9%) |
| АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ |  |
| Число посещений врачей - всего (тыс.) | 1050046,8 |
| из них по ОМС | 814089,8 (77,5%) |
| Среднее число посещений врачей на 1-го жителя - всего | 7,9 |
| из них по ОМС | 6,2 |
| Число посещений врачами больных на дому - всего (тыс.) | 87663,0 |
| из них по ОМС | 78502,6 (89,5%) |
| СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ |  |
| Число посещений врачей - всего (тыс.) | 149429,3 |
| из них по ОМС | 125578,9 (84,0%) |

Таблица 1

Основные показатели деятельности самостоятельных лечебно-профилактических учреждений в 2004 году

Число медицинских учреждений, имеющих стационары дневного пребывания в больнице, в целом по России составило 3622, из них медицинские учреждения, имеющие статус юридического лица – 2607 (71,9% от общего числа самостоятельных стационаров). Число коек в стационарах дневного пребывания составило 86266, из них 81416 (94,3%) были профинансированы за счет средств ОМС (таблица 2).

Число учреждений, имеющих дневные стационары, составило 3927, из них учреждения имеющие статус юридического лица – 1171 (29,8% от общего числа).

Число учреждений, имеющих стационары на дому, составило 1683, из них имеющие статус юридического лица – 493 (29,3% от общего числа).

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели деятельности | |
| СТАЦИОНАРЫ дневного пребывания в больнице |  |
| Число коек – всего из них по ОМС | 86266 81416 (94,3%) |
| Число выбывших больных – всего (тыс. чел.) из них по ОМС | 2124,6 1930,6 (90,9%) |
| Проведено выбывшими больными койко-дней – всего (тыс.) из них по ОМС | 23685,5 21425,0 (90,5%) |
| ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ при амбулаторно-поликлинических учреждениях |  |
| Число мест – всего | 79180 |
| из них по ОМС | 74380 (93,9%) |
| Число пролеченных больных (тыс. чел.) | 2685,9 |
| из них по ОМС | 2477,6 (92,2%) |
| Число дней лечения (тыс.) | 28469,1 |
| из них по ОМС | 26232,6 (92,1%) |
| СТАЦИОНАРЫ на ДОМУ |  |
| Число пролеченных больных - всего | 422649 |
| из них по ОМС | 399935 (94,6%) |
| Количество дней лечения - всего (тыс.) | 4465,3 |
| из них по ОМС | 4189,8 (93,8%) |

Таблица 2

Основные показатели деятельности стационаров дневного пребывания в больнице, дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) и стационаров на дому в 2004 году

Поступление средств ОМС в лечебно-профилактические учреждения

В лечебно-профилактические учреждения, работающие в системе ОМС, средства поступили из территориальных фондов ОМС (филиалов) 77,6 млрд. руб. (43,3%), из страховых медицинских организаций – 97,8 млрд. руб. (54,6%) и других источников (восстановление нецелевого использования средств, благотворительные акции и др.) – 3,7 млрд. руб. (2,1%). Таким образом, суммарные поступления средств в лечебно-профилактические учреждения составили 179,1 млрд. руб.

Расходы средств ОМС лечебно-профилактическими учреждениями

Лечебно-профилактическими учреждениями за 2004 год израсходовано средств на сумму 178,9 млрд. руб., в т.ч. в рамках территориальных программ ОМС – 174,1 млрд. руб. (97,3%), в рамках финансирования отдельных мероприятий по здравоохранению – 3,1 млрд. руб. (1,7%), прочие – 1,8 млрд. руб. (1,0%).

Структура расходов средств ОМС по основным статьям экономической классификации представлена на рисунке 4.

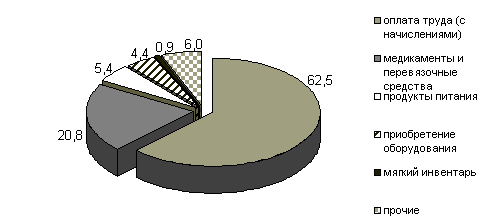


Рисунок 4 Структура расходов средств ОМС медицинскими учреждениями в 2004 году, %

Деятельность ведомственных медицинских учреждений в системе обязательного медицинского страхования

По данным статистической отчетности ФОМС на 01.01.05 число самостоятельных ведомственных медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС, составило 352 (4,2% от общего числа ЛПУ, функционирующих в системе ОМС), из них 275 медицинских учреждений, подведомственных Министерству путей сообщения Российской Федерации (3,25%) и 77– Федеральному Управлению «Медбиоэкстрем» (0,9%). Число самостоятельных медицинских учреждений федерального подчинения, работающих в системе ОМС – 205 (2,4%).

В подведомственные медицинские учреждения поступило средств на сумму 5117,7 млн. руб. В медицинские учреждения федерального подчинения поступило средств обязательного медицинского страхования на сумму 2435,4 млн. руб.

III. ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ухудшение здоровья нации происходит на фоне постоянно снижающихся и исходно недостаточных государственных затрат на здравоохранение (рис. 4).

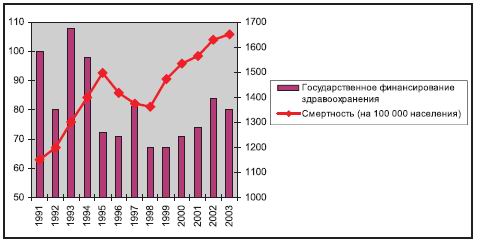


Рис. 4. Динамика государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении и смертность населения РФ (уровень финансирования 1991г. принят за 100%).

Общие затраты на здравоохранение складываются из следующих компонентов: бюджет здравоохранения (федеральный и субъектов федерации); средства ОМС; средства, полученные за платные медицинские услуги; расходы населения на лекарства [без учета стоимости биологически активных добавок (БАД) и средств личной гигиены]; нелегитимные платежи населения (табл. 3).



Таблица 3. Финансирование здравоохранения России в млрд. руб.

1) Без расходов на спорт и санитарно-противоэпидемические мероприятия.

2) Без 20 млрд. неосвоенных средств по программе ДЛО.

3) Без средств на ДЛО.

4) Без БАД.

Примечание. ВВП - внутренний валовой продукт. ДЛО - дополнительное лекарственное обеспечение.

Нелегитимные платежи составляют не более 3-4 млрд. руб. в год, что соответствует "благодарности" в размере 1-2 тыс. руб. в месяц (на врача) в крупных городах. В небольших городах и на селе нелегитимные денежные платежи практически отсутствуют, поэтому их доля в общем финансировании здравоохранения незначительна.

Сопоставление затрат на здравоохранение в разных странах представлено на рис. 5.

В 2004 г. государственные расходы на здравоохранение составили 2,9% ВВП. Государственное финансирование здравоохранения в 2004 г. в сопоставимых ценах снизилось до 80% уровня 1991 г. Доля общих затрат на здравоохранение составила 4% ВВП, что в 3,3 раза меньше этой доли в США (14% ВВП), в 2,1 раза меньше, чем в странах ЕС (около 9% ВВП) и в 1,4 раза меньше, чем в странах Восточной Европы и Балтии. При этом в 2004г. объем ВВП в России составил 600 млрд. $, что почти в 20 раз меньше, чем в США (11 800 млрд. $) и в ЕС (11 050 млрд. $).

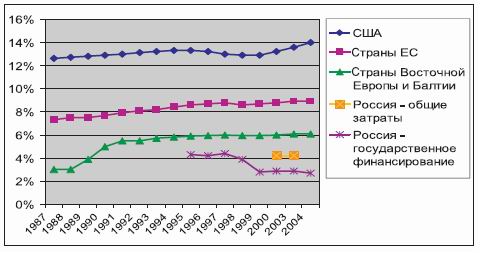


Рис. 5. Общие затраты на здравоохранение в США, ЕС, странах Восточной Европы и Балтии и государственные затраты РФ в процентах ВВП.

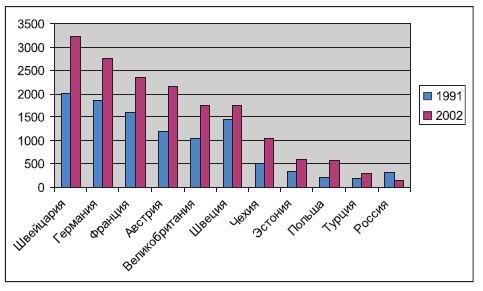


Рис. 6. Общие затраты на здравоохранение на душу населения в долларах США (по данным ВОЗ).

Общие затраты на здравоохранение на душу населения (по данным ВОЗ и независимых экспертов) в РФ в 7 раз меньше, чем в Чехии, в 4 раза, чем в Эстонии и Польше, в 2 раза, чем в Турции, а показатели развитых стран для России просто недостижимы. Этот показатель в РФ находится на очень низком уровне, соответствующем бедным государствам (рис. 8). По данным ВОЗ, в 1991г. общие подушевые затраты на здравоохранение составляли в России около 350 $, в 2000г. - 240 $; по данным независимых экспертов, в 2003г. - 140 $, в 2004г. - 170 $, в 2005г. -190 $, в 2006г. - 240 $. В европейских странах подушевой норматив по сравнению с 1991г. увеличился в 1,5-2 раза, в России темп его роста значительно ниже.

До начала 90-х годов средняя начисленная заработная плата работников здравоохранения, промышленности и страхового дела различалась не более чем в 1,5 раза. В 2004г. средняя зарплата медработников составила 4700 руб., что в 1,5 раза меньше, чем зарплата в промышленности, и в 3,6 раза меньше, чем зарплата в страховом бизнесе (по данным Госкомстата).

ОЦЕНКА НЕДОФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 2004-2006 гг.

В странах Восточной Европы, Эстонии и Литве, так же как и в России, в начале 90-х годов ВВП упала примерно в 2 раза. Эти страны сохранили абсолютные затраты на здравоохранение, поэтому доля этих расходов в ВВП возросла с 3 до 6%. При этом в последующие 10 лет подушевое финансирование в абсолютных цифрах увеличилось в 2 раза. В результате показатели здоровья населения этих стран сохранились или улучшились. В России этого не произошло.

Величина недофинансирования здравоохранения представлена в табл. 4.



Таблица 4. Величина недофинансирования здравоохранения

Если за необходимый уровень принять объём финансирования здравоохранения, сопоставимый с таковым в странах Восточной Европы и Балтии (не менее 6% ВВП), то в 2004г. недофинансирование отрасли составило 340 млрд. руб. (около 30% потребности), в 2005г. этот показатель увеличится до 370 млрд. руб. (около 30% потребности), а в 2006г. - до 500 млрд. руб. (также около 30% потребности).

Предусмотренное увеличение федерального бюджета в 2005г. на 50 млрд. руб. по программе ДЛО и в 2006г. на 67 млрд. руб. по проекту "Здоровье" безусловно, важны, но абсолютно недостаточны.

Объем средств, предусмотренных на проект "Здоровье", составляет 13% необходимых для ликвидации недофинансирования отрасли или 0,26% ВВП (в то время как недофинансирование здравоохранения составляет как минимум 2% ВВП).

IV. ПРЕДЛОЖЕНИЯ

I. С 2006 по 2009г. поэтапно увеличить расходы на здравоохранение до 6% ВВП.

Источником покрытия недофинансирования должен стать федеральный бюджет в первую очередь по следующим причинам:

* мероприятия по повышению собираемости взносов в систему ОМС на неработающее население в субъектах РФ, скорее всего, не приведут к существенному увеличению объемов средств в системе ОМС, так как даже до реформы жилищно-коммунального хозяйства и монетизации льгот эти взносы субъекты РФ собирать в полном объеме не могли;
* с 2005г. ставка единого социального налога снижена до 26% с уменьшением отчислений в систему ОМС с 3,6 до 2,8%, что приведет к снижению финансирования здравоохранения в системе ОМС ещё на 35 млрд. руб. в год;
* оптимизация управления отраслью, по экспертным оценкам, может дать максимально 10% экономии средств, но реальная экономия в условиях недофинансирования не достигнет и этого уровня;
* переложить часть финансирования здравоохранения путем увеличения объема платных медицинских услуг возможно только для 15-20% населения, у которых доходы составляют не менее 500$ США на одного члена семьи.

Таким образом, федеральный бюджет в условиях резко ограниченных финансовых возможностей субъектов РФ и населения остается единственно возможным источником покрытия недофинансирования здравоохранения. В 2006г. расходы Федерального бюджета на здравоохранение должны были бы составлять не 127, а 430 млрд. руб. Только в этом случае зарплату в здравоохранении можно приблизить к уровню оплаты труда в промышленности.

II. Усилить эффективность управления отраслью на всех уровнях (федеральном, региональном, муниципальном). Примером может служить программа по льготному лекарственному обеспечению, идея которой заслуживает самой высокой оценки, но недостаточная эффективность управления этой программой привела к тому, что из 50 млрд. руб., предусмотренных на реализацию программы, часть в 2005г. освоена не будет, а отказы населения от участия в программе в 2005г. в зависимости от региона составляют от 30 до 50%.

Управление на всех уровнях власти должно строиться исходя из принципов современного проектного управления.

* Целевая направленность всех мероприятий на преодоление к 2010г. отрицательной динамики здоровья населения РФ и достижения к 2015г. показателей здоровья, сопоставимых с уровнем стран Восточной Европы; для этого необходимо разработать погодовые графики достижения этих целей (рис. 7, 8).
* Выбор приоритетов (сделан, но необходимо доработать ряд позиций).
* Научная обоснованность принимаемых решений [в странах ЕС при министерствах здравоохранения или аппарате правительства для этих целей специально создаются специальные комитеты (Health< Technology Assesment Commity)].

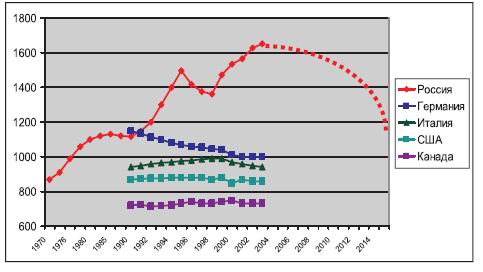


Рис. 7. Смертность населения РФ; скорость снижения параметра примерно 3% в год.

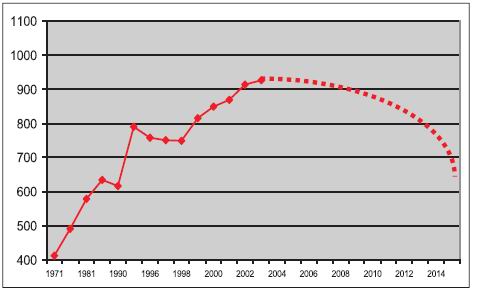


Рис. 8. Смертность населения РФ от болезней системы кровообращения; скорость снижения параметра примерно 3% в год.

* Ежемесячный мониторинг по количественно измеряемым показателям (индикаторам), поскольку все мероприятия программы следует оценивать не только по объемным показателям, но и по качественным. Например в проекте "Здоровье" предполагается увеличить число больных, которым будут доступны высокотехнологичные виды медицинской помощи, с 60 тыс. в 2004г. до 128 тыс. в
* 2006г. и до 170 тыс. в 2007г. При этом неясно, достаточно ли такого увеличения для существенного снижения смертности трудоспособного населения, например от сердечно сосудистых заболеваний.
* Мотивация не отдельных категорий врачей, а всех работников здравоохранения на достижение качественного результата.
* Анализ результатов мониторинга и внесение исправлений в систему.
* Публичность полученных результатов, управление взаимодействием других министерств и ведомств и всего населения.

III. Необходимо скорректировать ряд позиций по проекту "Здоровье", в первую очередь дополнить список медицинских работников, которым будет повышена заработная плата, с включением него всех врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а именно врачей скорой помощи, акушеров-гинекологов, узких специалистов, а также медицинского персонала фельдшерско-акушерского пунктов (ФАП) и др. (Для справки: повышение оплаты труда всем врачам на 10 тыс. руб. обойдется бюджету в 90 млрд. руб., включая единый социальный налог, что составит 0,37% ВВП. Повышение заработной платы на 5 тыс. рублей среднему медицинскому персоналу обойдется бюджету еще в 113 млрд. руб., включая ЕСН. Кроме того, необходимо выстроить управление программой "Здоровье" в соответствии с современными принципами проектного управления.

Сегодня Правительство, депутаты Федерального Собрания, Министерство здравоохранения и социального развития РФ, медицинская общественность и население России должны осознать, что без такого объема финансирования система здравоохранения будет продолжать деградировать, а здоровье нации и демографическая ситуация в стране будут катастрофически ухудшаться.

Преодоление отрицательной динамики здоровья населения России и достижение показателей здоровья, соответствующих развитому государству, - являются общенациональной задачей.

Это позволит за период до 2015г. сохранить 4 млн. жизней наших сограждан.

По оценкам экспертов ВОЗ, Российская Федерация за 2005-2015 гг. недополучит в национальный бюджет около 300 млрд. долларов из-за случаев преждевременной смерти от инфарктов, инсультов и осложнений сахарного диабета.

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для исправления ситуации с 2007 по 2009г. необходимы поэтапное увеличение финансирования здравоохранения за счет средств федерального бюджета и доведение общих расходов здравоохранения до 6% ВВП (ориентировочно до 2009г. включительно необходимо дополнительное увеличение финансирования по 300 млрд. руб. ежегодно). При этом нужно создать эффективную систему управления отраслью, направленную на каждом из уровней (федеральном, региональном и муниципальном) на достижение главной цели - к 2015г. преодолеть отрицательную динамику здоровья населения и достичь показателей здоровья, сопоставимых с существующими сегодня в странах Восточной Европы или в РСФСР в 1985г. Это позволит за период до 2015г. сохранить 4 млн. жизней наших сограждан.

Применительно к 2006 г. необходимо скорректировать ряд позиций по проекту "Здоровье", в первую очередь дополнить список медицинских работников, которым будет повышена заработная плата, с включением в него всех врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а именно врачей скорой помощи, акушеров-гинекологов, узких специалистов, а также сотрудников фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) и др. Кроме того, необходимо выстроить управление программой "Здоровье" в соответствии с современными принципами проектного управления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Р.С.Акчурин, Г.Э.Улумтеков «Недофинансированное здравоохранение — удел слаборазвитого государства». 2006г.
2. Л.Ю. Трушкина «Экономика и управление здравоохранением» 2005г.
3. Ю.П.Лисицин «Общественное здоровье и здравоохранение» 2002г.

**Приложение**

ФИНАНСОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Доходы территориальных фондов ОМС.

Доходы территориальных фондов ОМС в 2004 году составили 195,2 млрд. руб., из них поступления средств ОМС в ТФОМС – 190,9 млрд. руб. (рисунок 9).

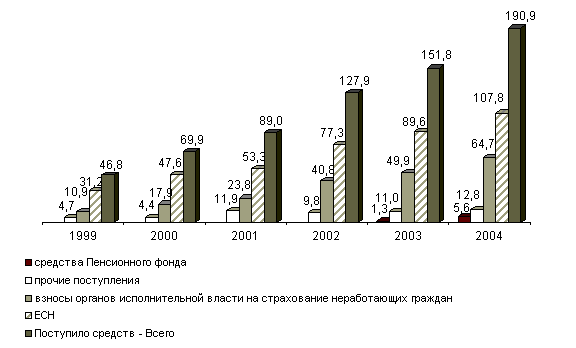


Рисунок 9

Динамика поступлений средств ОМС в территориальные фонды ОМС в 1999-2004 гг. (млрд. руб.)

В среднем по России в структуре поступлений средств ОМС в территориальные фонды основную долю средств составили налоговые поступления – 56,4% и страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения – 33,9% (за 2003 год данные показатели составили 59,0% и 32,9%, соответственно).

Доходы от мобилизации просроченной задолженности плательщиков страховых взносов и налоговых платежей составили 3,3 млрд. руб. или 1,7% в структуре поступлений. Прочие поступления («Прочие поступления» включены средства из бюджета субъекта РФ, субвенции ФОМС, добровольные поступления, доходы от вклада на депозит и прочих финансовых вложений, возврат ранее размещенных средств, заимствования и прочие поступления) составили 9,6 млрд. руб. (5,1% в структуре поступлений), из них субвенции Федерального фонда ОМС на общую сумму 5,95 млрд. руб. Поступления из других фондов составили 2,9%.

Расходы территориальных фондов ОМС

Территориальными фондами обязательного медицинского страхования в 2004 году было израсходовано средств на сумму 189,5 млрд. руб. Основная часть средств ОМС территориальными фондами была израсходована на финансирование территориальной программы ОМС и составила 184,3 млрд. руб. (94,4% к доходам ТФОМС) (рисунок 10).

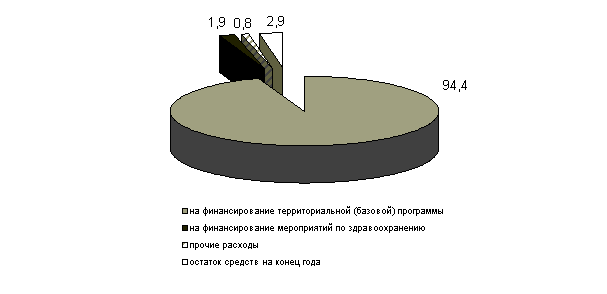


Рисунок 10

Структура расходов средств ОМС территориальными фондами ОМС в 2004 году (% к доходу ТФОМС)

Расходы территориальных фондов ОМС и бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение

Расходы на здравоохранение средств консолидированных бюджетов субъектов РФ (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения – 64,7 млрд. руб.) в 2004 году составили 242 млрд. руб. (Данные с сайта Минфина России: www.minfin.ru. Данные расходы не включают в себя страховые взносы на ОМС неработающего населения. Для анализа расходов бюджетов субъектов РФ на здравоохранение добавим страховые взносы на ОМС неработающих граждан, и тогда суммарно по России данные расходы составят 306,7 млрд. руб.), (рисунок 11).

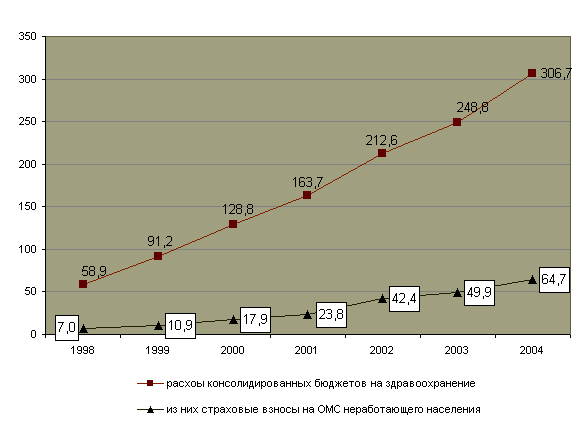


Рисунок 11

Динамика расходов в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации на здравоохранение и страховые взносы на ОМС неработающего населения (млрд. руб.), 1999-2004 гг.

Расходы территориальных фондов ОМС на здравоохранение (финансирование территориальной программы ОМС и отдельных мероприятий по здравоохранению) составили 188,0 млрд. руб. Таким образом, суммарные расходы на здравоохранение территориальных фондов и бюджетов субъектов Российской Федерации составили 430,0 млрд. руб.

Доля средств ОМС (Расходы средств ОМС: суммарные расходы ТФОМС на финансирование территориальных программ ОМС и отдельных мероприятий по здравоохранению.) в суммарных расходах на здравоохранение составила в среднем по Российской Федерации 43,7% (в 2003 году - 43,0%, в 2002 году – 42,8%). В 25 субъектах Российской Федерации данный показатель превысил 50%.