Финансовое планирование и контроль в бюджетной сфере

#

Введение

Осуществление политических и экономических преобразований в России потребовало формирования качественно новой бюджетной системы, адекватной федеративному устройству государства, разработки принципиально иной модели межбюджетных отношений. Для этого был отпущен исключительно короткий исторический промежуток времени. Во многом стихийно сложившаяся модель межбюджетных отношений не позволяла государственным органам власти и органам местного самоуправления в полной мере реализовывать свои функции. Бюджетные проблемы стали основной причиной конфликтов между федеральным центром и субъектами Федерации, между региональными и территориальными органами власти. Положение усугублялось нарастанием кризисных явлений во всех сферах экономики, включая бюджетную сферу. Это потребовало на протяжении всего пореформенного периода вносить изменения в порядок организации и механизм реализации межбюджетных отношений.

Изменения, произошедшие в последние годы во всех сферах нашего общества, не могли оставить в стороне здравоохранение. В период развития рыночной экономики в России система финансирования здравоохранения претерпела радикальные перемены, как по структуре, так и по схеме финансирования. В советское время источником финансирования здравоохранения были, прежде всего, бюджетные средства, в некоторой степени - средства предприятий и лишь в малой дозе средства населения (прежде всего в стоматологии).

В соответствии с реформой межбюджетных отношений каждый из бюджетов – федеральный, субъекта Федерации, муниципальный – стал финансировать только свои учреждения здравоохранения.

Возник и совершенно новый источник финансирования здравоохранения – средства обязательного медицинского страхования (ОМС), предназначенные не содержать медицинские учреждения, как это было в советские времена, а финансировать медицинские услуги, оказанные застрахованным гражданам в рамках территориальной программы обязательных государственных гарантий по оказанию медицинской помощи.

Но если макроэкономические последствия активного внедрения в здравоохранение рыночных отношений, введение обязательного медицинского страхования и других новаций, оказавших влияние на отрасль, освещены достаточно хорошо, то микроэкономический уровень исследован намного меньше.

Между тем экономические интересы медицинских учреждений, их финансово-хозяйственная деятельность определяют в конечном итоге не только эффективность макроэкономической политики, но и степень достижения основных целей здравоохранения – охрана здоровья граждан.

Главной задачей финансового анализа и планирования в новых экономических условиях является не распределение гарантированно получаемых средств, как это было в советские времена, а поиск способов зарабатывания средств и обеспечение наиболее рационального способа их использования. Это вызывает необходимость планирования и анализа экономической эффективности лечебной деятельности, чтобы выяснить, покроют ли доходы, полученные от оказания медицинских услуг, затраты на их предоставление.

При написании данной дипломной поставлена цель: исследовать процессы финансового планирования в бюджетных учреждениях, выявить проблемы бюджетного финансирования муниципальных медицинских учреждений и сформулировать предложения по повышению эффективности финансового управления бюджетным учреждением.

Объект исследования – финансовое управление бюджетным учреждением.

Предмет исследования – финансовое планирование в бюджетном учреждении.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить следующие задачи:

* изучить теоретические аспекты бюджетной сферы и классифицировать уровни бюджетов;
* определить источники образования финансовых средств в бюджетной сфере и направления их расходования;
* исследовать принципы планирования российского здравоохранения;
* определить методику планирования деятельности медицинского учреждения, находящегося на бюджетном финансировании;
* определить достоинства и недостатки финансового планирования и контроля в бюджетной сфере.

Анализ (исследование) проведен на материалах Краснозерской Центральной районной больницы.

Глава 1. Теоретические аспекты финансирования и контроля в бюджетной сфере

1.1 Понятие бюджетной сферы, уровни бюджетов

Бюджет как правовая категория – это закрепленная законом форма образования и расходования денежных средств, предназначенных для обеспечения функций органов государственной и муниципальной власти, а как экономическая категория – финансовый план. Совокупность всех существующих на территории страны бюджетов, включая бюджеты государственных внебюджетных фондов (пенсионный фонд, фонд социального страхования, фонды обязательного медицинского страхования), основанная на экономических отношениях и регулируемая нормами права, образует бюджетную систему. Бюджетная система Российской Федерации состоит из бюджетов трех уровней:

* первый уровень - федеральный бюджет и бюджеты государственных внебюджетных фондов;
* второй уровень - бюджеты субъектов Российской Федерации и

 бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов;

* третий уровень - местные бюджеты.

Наиболее полно принципы бюджетной системы сформулированы в бюджетном кодексе Российской Федерации:

* единство бюджетной системы Российской Федерации означает единство правовой базы, денежной системы, форм бюджетной документации, принципов бюджетного процесса в Российской Федерации, санкций за нарушение бюджетного законодательства, а также единый порядок финансирования расходов бюджетов всех уровней бюджетной системы, ведения бухгалтерского учета средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов;
* разграничение доходов и расходов между уровнями бюджетной системы означает закрепление соответствующих видов доходов (полностью или частично) и полномочий по осуществлению расходов за органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления;
* полнота отражения доходов и расходов бюджетов, бюджетов государственных внебюджетных фондов – означает, что все доходы и расходы бюджетов, бюджетов государственных внебюджетных фондов и иные обязательные поступления, определенные налоговым и бюджетным законодательством Российской Федерации, законами о государственных внебюджетных фондах, подлежат отражению в бюджетах, бюджетах государственных внебюджетных фондов в обязательном порядке и в полном объеме. Все государственные и муниципальные расходы подлежат финансированию за счет бюджетных средств, средств государственных внебюджетных фондов, аккумулированных в бюджетной системе Российской Федерации.
* сбалансированность бюджета – означает, что объем предусмотренных бюджетов расходов должен соответствовать суммарному объему доходов бюджета и поступлений из источников финансирования его дефицита. При составлении, утверждении и исполнении бюджета уполномоченные органы должны исходить из необходимости минимизации размера дефицита бюджета;
* эффективность и экономность использования бюджетных средств – означает, что при составлении и исполнении бюджетов уполномоченные органы и получатели бюджетных средств должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного бюджетом объема средств;
* общее (совокупное) покрытие расходов бюджетов – означает, что все расходы бюджета должны покрываться общей суммой доходов бюджета и поступлений из источников финансирования его дефицита. Доходы бюджета и поступления от источников финансирования его дефицита не могут быть увязаны с определенными расходами бюджета за исключением доходов целевых бюджетных фондов, а также в случае централизации средств из бюджетов других уровней бюджетной системы Российской Федерации;
* гласность – означает как обязательное опубликование в открытой печати утвержденных бюджетов и отчетов об их исполнении, полноту представления информации о ходе исполнения бюджетов, а также доступность иных сведений по решению законодательных органов государственной власти, органов местного самоуправления, так и обязательную открытость для общества и средств массовой информации процедур рассмотрения и принятия решений по проектам бюджетов, в том числе по вопросам, вызывающим разногласия либо внутри законодательного органа государственной власти, либо между законодательным и исполнительным органами государственной власти;
* достоверность бюджета – означает надежность показателей прогноза социально-экономического развития соответствующей территории и реалистичность расчета доходов и расходов бюджета;
* адресность и целевой характер бюджетных средств – означает, что бюджетные средства выделяются в распоряжение конкретных получателей бюджетных средств с обозначением направления их на финансирование конкретных целей;
* самостоятельность бюджетов. Это – один из основных принципов федерализма и именно он претерпевал наиболее существенные изменения.

В ныне действующем законодательстве существенно расширен принцип самостоятельности бюджетов всех уровней, который заключается:

* право законодательных органов государственной власти и органов самоуправления на каждом уровне бюджетной системы Российской Федерации самостоятельно осуществлять бюджетный процесс;
* наличие собственных источников доходов бюджетов каждого уровня бюджетной системы Российской Федерации, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации;
* законодательное закрепление регулирующих доходов бюджетов, полномочий по формированию доходов соответствующих бюджетов в соответствии с Бюджетным кодексом и налоговым законодательством Российской Федерации;
* право органов государственной власти и органов местного самоуправления самостоятельно в соответствии с Бюджетным кодексом определять направления расходования средств соответствующих бюджетов;
* право органов государственной власти и органов местного самоуправления самостоятельно в соответствии с Бюджетным кодексом определять источники финансирования дефицитов соответствующих бюджетов;
* недопустимость изъятия доходов, дополнительно полученных в ходе исполнения законов о бюджете, сумм превышения доходов над расходами бюджетов и сумм экономии по расходам бюджетов;
* недопустимость компенсации за счет бюджетов других уровней бюджетной системы Российской Федерации потерь в доходах и дополнительных расходов, возникших в ходе исполнения законов о бюджете, за исключением случаев, связанных с изменением законодательства Российской Федерации.

Практически бюджеты всех уровней имеют схожие структуры и содержат, как правило следующие элементы:

* объем доходов и расходов бюджета, предельный дефицит и предельный размер заимствований, оборотная кассовая наличность;
* источники формирования бюджета, структура доходов;
* структура расходов по разделам функциональной классификации;
* ставки налогов, тарифы на воду;
* налоги, зачисляемые в местные бюджеты;
* дотации другим местным бюджетам;
* защищенные статьи;
* налоговые льготы;
* целевые программы, распределение капитальных вложений и т.п.;
* направления расходования дополнительно полученных доходов;
* штрафные санкции, применяемые в случае нецелевого использования бюджетных средств получателями;
* прочие.

Особого внимания заслуживает утверждение в законах о бюджетах предельного дефицита бюджета. Он устанавливается либо только в абсолютных размерах, либо в процентах к расходам. В отдельных случаях, помимо утверждения предельного дефицита бюджета, законодательно устанавливаются и источники его покрытия.

Согласно статьи 129 Бюджетного кодекса Российской Федерации организация межбюджетных отношений в Российской Федерации основана на следующих принципах [2]:

* распределения и закрепления расходов бюджетов по определенным уровням бюджетной системы Российской Федерации;
* разграничения (закрепления) на постоянной основе и распределения по временным нормативам регулирующих доходов по уровням бюджетной системы Российской Федерации;
* равенства бюджетных прав субъектов Российской Федерации, равенства бюджетных прав муниципальных образований;
* выравнивания уровней минимальной бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации, муниципальных образований;
* равенства всех бюджетов Российской Федерации во взаимоотношениях с федеральным бюджетом, равенства местных бюджетов во взаимоотношениях с бюджетами субъектов Российской Федерации.

Учитывая специфику образования и использования бюджетных средств, а также организации и реализации межбюджетных отношений, в качестве органичной составной части финансового механизма целесообразно выделять бюджетный механизм. Бюджетный механизм представляет собой совокупность методов, инструментов и рычагов формирования и реализации бюджетных средств и межбюджетных отношений.

Основополагающие принципы и направления организации и использования финансов, а также финансового регулирования социально-экономического развития общества находят отражение в финансовой политике государства. Ее главное предназначение – обеспечение стабильного функционирования финансовой системы. От нормального функционирования финансовой системы в огромной мере зависят эффективность всей экономики, уровень жизни населения, национальная безопасность страны. Как показывает практика, даже незначительные сбои в движении финансов могут привести к расстройству всей экономической системы страны. Поэтому финансовую политику следует рассматривать как органическую часть социально-экономической политики, а стратегию развития финансов тесно увязывать со стратегическими целями социально-экономического развития общества.

##

1.2 Источники образования финансовых средств в бюджетной сфере

Доходы бюджетов формируются в соответствии с бюджетным и налоговым законодательством Российской Федерации.

В доходах бюджетов могут быть частично централизованы доходы, зачисляемые в бюджеты других уровней бюджетной системы Российской Федерации для целевого финансирования централизованных мероприятий, а также безвозмездные перечисления.

В составе доходов бюджетов обособленно учитываются доходы целевых бюджетных фондов.

Согласно ст. 41 «Виды доходов бюджетов» Бюджетного кодекса РФ доходы бюджетов образуются за счет налоговых и неналоговых видов доходов, а также за счет безвозмездных перечислений.[2]

К налоговым доходам относятся предусмотренные налоговым законодательством Российской Федерации федеральные, региональные и местные налоги и сборы, а также пени и штрафы.

Размер предоставленных налоговых кредитов, отсрочек и рассрочек по уплате налогов и иных обязательных платежей в бюджет полностью учитывается в доходах соответствующего бюджета.

К неналоговым доходам относятся:

* доходы от использования имущества, находящегося в государственной или муниципальной собственности, после уплаты налогов и сборов, предусмотренных законодательством о налогах и сборах;
* доходы от платных услуг, оказываемых бюджетными учреждениями, находящимися в ведении соответственно федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, после уплаты налогов и сборов, предусмотренных законодательством о налогах и сборах;
* средства, полученные в результате применения мер гражданско - правовой, административной и уголовной ответственности, в том числе штрафы, конфискации, компенсации, а также средства, полученные в возмещение вреда, причиненного Российской Федерации, субъектам Российской Федерации, муниципальным образованиям, и иные суммы принудительного изъятия;
* доходы в виде финансовой помощи, полученной от бюджетов других уровней бюджетной системы Российской Федерации, за исключением бюджетных ссуд и бюджетных кредитов;
* иные неналоговые доходы.

В доходы бюджетов могут зачисляться безвозмездные перечисления от физических и юридических лиц, международных организаций и правительств иностранных государств.

В доходы бюджетов могут также зачисляться безвозмездные перечисления по взаимным расчетам. Под взаимными расчетами понимаются операции по передаче средств между бюджетами разных уровней бюджетной системы Российской Федерации, связанные с изменениями в налоговом и бюджетном законодательстве Российской Федерации, передачей полномочий по финансированию расходов или передачей доходов, происшедшими после утверждения закона (решения) о бюджете и не учтенными законом (решением) о бюджете.

*Собственные доходы бюджетов*

 Собственные доходы бюджетов - виды доходов, закрепленные на постоянной основе полностью или частично за соответствующими бюджетами законодательством Российской Федерации.

К собственным доходам бюджетов относятся:

* налоговые доходы, закрепленные за соответствующими бюджетами, бюджетами государственных внебюджетных фондов законодательством Российской Федерации;
* неналоговые доходы;
* иные неналоговые доходы, а также безвозмездные перечисления.

 3. Финансовая помощь не является собственным доходом

 соответствующего бюджета, бюджета государственного внебюджетного

 фонда.

Регулирующие доходы бюджетов

Регулирующие доходы бюджетов - федеральные и региональные налоги и иные платежи, по которым устанавливаются нормативы отчислений (в процентах) в бюджеты субъектов Российской Федерации или местные бюджеты на очередной финансовый год, а также на долговременной основе (не менее чем на 3 года) по разным видам таких доходов.

Нормативы отчислений определяются законом о бюджете того уровня бюджетной системы Российской Федерации, который передает регулирующие доходы, либо законом о бюджете того уровня бюджетной системы Российской Федерации, который распределяет переданные ему регулирующие доходы из бюджета другого уровня.

При распределении налоговых доходов по уровням бюджетной системы налоговые доходы бюджетов субъектов Российской Федерации должны составлять не менее 50 процентов от суммы доходов консолидированного бюджета Российской Федерации.

1.3 Направления расходования финансовых средств в бюджетной сфере

Расходы государственного бюджета – это экономические отношения, возникающие в связи с распределением фонда денежных средств государства и его использованием по отраслевому, целевому и территориальному значению.

Категория расходов бюджета проявляется через конкретные виды расходов, каждый из которых может быть охарактеризован с качественной и количественной сторон. Качественная характеристика позволяет установить экономическую природу и общественное назначение каждого вида бюджетных расходов, количественная – их величину.

Бюджетные расходы имеют разнообразные формы проявления, что связано с действием ряда факторов: природой и функциями государства, уровнем социально-экономического развития страны, разветвленностью связей бюджета с народным хозяйством, формами предоставления бюджетных средств и т.д. Сочетание названных факторов на каждом из этапов развития государства порождает такую систему расходов, которая соответствует потребностям экономики, типу и уровню управления ею.

Бюджетные расходы классифицируются по определенным признакам:

* По роли в общественном производстве расходы государственного бюджета подразделяются на две части, одна связана с развитием материального производства, совершенствованием его отраслевой структуры, другая используется на содержание и дальнейшее развитие непроизводственной сферы.

Экономическая группировка бюджетных расходов по их общественному назначению отражает выполняемые государством функции – экономическую, социальную, оборонную и др. В соответствии с общественным назначением все расходы бюджета могут быть подразделены на четыре группы: народное хозяйство, социально-культурные мероприятия, оборона, управление.

* Основу отраслевой группировки расходов государственного бюджета составляет общепринятой деление экономики на отрасли и виды деятельности. Исходя из него расходы в производственной сфере подразделяются по отраслям народного хозяйства: на развитие промышленности, сельского хозяйства, капитального строительства, транспорта, связи, торговли и т.д.; в непроизводственной – по отраслям и видам общественной деятельности; на народное образование, культуру, здравоохранение, социальное обеспечение, государственное управление и т.д. Отраслевое деление расходов бюджета позволяет выявить пропорции в распределении бюджетных средств и, изменяя их, добиваться нужных сдвигов в отраслевой структуре общественного производства.
* Одновременно с экономической классификацией расходов государственного бюджета используется и организационная их группировка, в основе которой лежит распределение ассигнований по целевым программам и уровням управления. Группировка расходов в разрезе целевых программ указывает на конкретных получателей бюджетных средств, ответственных за эффективное использование выделяемых бюджетных ресурсов. В соответствии с уровнем государственного управления расходы государственного бюджета России подразделяются на федеральные, субъектов Федерации и местные.

Расходы государственного бюджета тесно взаимосвязаны с его доходами. Эта взаимосвязь выражается в количественном соответствии расходов доходам, а также в их влиянии друг на друга. С одной стороны, объем расходов бюджета лимитируется жесткими рамками поступающих бюджетных доходов. С другой стороны, расходы при надлежащем использовании бюджетных средств могут оказывать обратное влияние на доходы, содействую росту производства, развитию науки и т.д.

*Главный распорядитель бюджетных средств* имеет право распре­делять средства бюджета по подведомственным распорядителям и по­лучателям бюджетных средств. Главный распорядитель бюджетных средств определяется ведомственной классификацией расходов бюд­жета. Для федерального уровня главным распорядителем бюджетных средств выступает орган государственной власти РФ; для региональ­ного и местного уровня — орган государственной власти субъекта РФ, орган местного самоуправления, бюджетное учреждение.

Главный распорядитель средств соответствующего бюджета:

* определяет задания по предоставлению государственных или муниципальных услуг для подведомственных распорядителей и по­лучателей бюджетных средств;
* утверждает сметы доходов и расходов подведомственных бюд­жетных учреждений,
* составляет бюджетную роспись;
* распределяет лимиты бюджетных обязательств по подведом­ственным распорядителям и получателям бюджетных средств;
* исполняет соответствующую часть бюджета и др.

Получателями бюджетных средств являются бюджетные учреждения*—* организации, созданные органами госу­дарственной власти РФ, органами государственной власти субъектов РФ, органами местного самоуправления для осуществления управлен­ческих, социально-культурных, научно-технических или иных функ­ций некоммерческого характера, деятельность которых финансирует­ся из соответствующего бюджета или бюджета государственного вне­бюджетного фонда на основе сметы доходов и расходов.

В смете доходов и расходов должны быть отражены бюджетные и внебюджет­ные доходы бюджетного учреждения При этом бюджетное учреждение при ис­полнении сметы доходов и расходов самостоятельно в расходовании средств, полученных за счет внебюджетных источников. Бюджетное учреждение наделено правом оперативного управления государствен­ным или муниципальным имуществом.

К бюджетным учреждениям относится большинство учреждений здравоохранения, основными источниками финансирования которых являются средства государственного бюджета и внебюджетных фондов, созданных с целью аккумулирования финансовых средств и оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам РФ.

##

1.4 Принципы планирования Российского здравоохранения

Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья. Государство гарантирует охрану здоровья каждого человека в соответствии с Конституцией Российской Федерации и иными законодательными актами Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации.

Основными принципами охраны здоровья граждан являются:

 1) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

2) приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;

3) доступность медико-социальной помощи;

4) социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

5) ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение прав граждан в области охраны здоровья.

Задачами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан являются:

1) правовое регулирование в области охраны здоровья граждан деятельности предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, а также государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;

2) определение прав граждан, отдельных групп населения в области охраны здоровья и установление гарантий их соблюдения;

4) определение профессиональных прав, обязанностей и ответственности медицинских и фармацевтических работников, установление гарантий их социальной защиты.

Процесс планирования системы охраны здоровья во многом определяется национальным законодательством и политической ситуацией в стране. Существующее законодательство устанавливает, что вопросы охраны здоровья населения относятся к предмету совместного ведения РФ и ее субъектов. В о же время произошедший в начале 90-х годов процесс перераспределения собственности привел к тому, что подавляющая часть учреждений здравоохранения оказалась в муниципальной собственности и в ведении органов самоуправления.

В условиях столь непростых взаимоотношений особенно важно построить единую систему планирования для всех уровней, обеспечивающую целостность здравоохранения.

С переходом России на рельсы рыночной экономики старая система планирования отрасли рухнула, а новая, отвечающая нынешним реалиям, не была создана. Это означает, что отсутствует важнейший компонент системы управления – нет системы целеполагания, нет системы балансирования доходов и расходов. Система управления без системы планирования – это управленческая шизофрения. Так что в этих условиях неизбежно должно было произойти то, что и случилось – постепенный развал системы общественного здравоохранения, прежде всего ее системы финансирования.

В современных условиях требуется целенаправленное управление объемами и структурой оказания медицинской помощи на основе сочетания плановых и рыночных регуляторов.

Основной принцип планирования – увязка объемов и структуры медицинской помощи с ожидаемыми финансовыми ресурсами. Этот принцип существенно отличается от господствовавшего ранее в советском здравоохранении принципа сетевого планирования, основанного на стабильных нормативах формирования сети.

Во-первых, планирование объемов медицинской помощи – это финансовое планирование.

Планирование объемов и структуры медицинской помощи является исходным пунктом планирования сети лечебно-диагностических учреждений. Иначе говоря, сначала планируются финансово-обеспеченные объемы помощи и лишь затем определяются мощности ЛПУ, необходимые для их оказания.

Важным отправным моментом является базовая программа оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ. Государство конституционно гарантирует предоставление гражданам такой помощи за счет средств бюджета и обязательного медицинского страхования (ОМС). Центральная идея финансового планирования – максимально четкое определение государственных гарантий в отношении оказания медицинской помощи населению.

Во-вторых, планирование финансово-обеспеченных объемов медицинской помощи предполагает поиск наиболее рациональных вариантов ее оказания. Планируются изменения потоков пациентов и финансовых средств. На этой основе формируется максимально сбалансированный план оказания медицинской помощи. Варианты балансировки многообразны – перевод части случаев стационарного лечения на догоспитальный уровень, рационирование потребления лекарств и т.п. особенность нынешней ситуации состоит в том, чтобы из множества финансово-необеспеченных вариантов найти наименее уязвимый в социальном отношении и максимально сбалансированный по ресурсам.

Иными словами, основная задача планирования в условиях финансовых, социальных, политических ограничений – обеспечить для населения максимально возможный уровень доступности медицинской помощи за счет существенного улучшения использования ресурсов.

1.5 Уровни планирования здравоохранения, цели и задачи

Система планирования должна строиться на единых принципах, обеспечивать проведение единой федеральной политики в области здравоохранения и в то же время дать возможность субъектам Федерации, муниципальным образованиям в максимальной степени учесть специфику своего развития.

На уровне РФ Министерством здравоохранения с участием Федерального фонда ОМС разрабатываются, согласовываются и утверждаются:

* стратегические цели, стратегические задачи и стратегические приоритеты развития здравоохранения РФ;
* стратегические показатели состояния здоровья населения и деятельности здравоохранения;
* Федеральная программа государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи, применяемые при планировании государственных гарантий федеральные нормы, нормативы, социальные стандарты, методика их адаптации к условиям субъектов РФ;
* методология планирования здравоохранения;
* целевые программы здравоохранения;
* подушевые нормативы финансирования здравоохранения, порядок выравнивания условий финансирования здравоохранения субъектов РФ.

Целью системы планирования здравоохранения субъектов РФ является разработка планов и программ формирования эффективной системы оказания населению территории доступной медицинской помощи на основе параметров, задаваемых РФ с учетом ресурсных, политических и социальных ограничений. В процессе планирования должны быть решены следующие задачи:

* произведена оценка состояния здоровья населения территории, дан прогноз его развития на плановый период;
* произведен анализ состояния здравоохранения территории, степени его соответствия требованиям федерального уровня и планируемым потребностям населения, выявлены зоны неэффективности;
* установлены цели, задачи и приоритеты развития здравоохранения на плановый период;
* определены финансовые ресурсы, выделяемые на реализацию государственных гарантий и объем дополнительно привлекаемых финансовых средств;
* утверждены территориальные нормы и нормативы, применяемые при планировании здравоохранения территории;
* разработана и принята Программа государственных гарантий предоставления населению медицинской помощи;
* принята программа реформирования сети медицинских учреждений территории;
* принят комплекс планов и целевых программ, обеспечивающих реализацию планов здравоохранения субъекта РФ;
* установлены параметры для планирования здравоохранения муниципальных образований.

Планирование здравоохранения на уровне муниципальных образований осуществляется в свете решения задач, решаемых при планировании субъектов РФ. С той разницей, что цели и задачи решаются на уровне муниципальных образований, и принимается перспективный муниципальный заказ, обеспечивающий реализацию Территориальной программы государственных гарантий в муниципальном образовании.

Планирование на уровне медицинских учреждений подробно будет рассмотрено в следующей главе на примере Краснозерской центральной районной больницы.

Таким образом, планирование здравоохранения в России многоуровневое и включает в себя четыре уровня:

* Федеральный;
* субъекта РФ;
* муниципального образования;
* медицинского учреждения.

##

1.6 Система контроля целевого использования бюджетных средств

Согласно ст. 158 Бюджетного кодекса РФ главный распорядитель бюджетных средств осуществляет контроль получателей бюджетных средств в части обеспечения целевого использования бюджетных средств, своевременного их возврата (в случае предоставления кредитов), предоставления отчетности, выполнения заданий по предоставлению государственных или муниципальных услуг.[2]

В целях укрепления государственной финансовой дисциплины, проведения единой бюджетной политики, усиления контроля за своевременным поступлением, целевым и эффективным использованием средств федерального бюджета Указом Президента Российской Федерации 12 мая 1997 года N 477 «О мерах по усилению контроля за использованием средств федерального бюджета» [3] определен переход на казначейскую систему исполнения федерального бюджета с ведением счетов по учету доходов и средств федерального бюджета. К банкам, обслуживающим счета по учету доходов и средств федерального бюджета, предъявляются требования, включающие обеспечение полной гарантии сохранности этих средств, своевременного проведения операций по указанным счетам по поручению распорядителей этих средств, а также ведения этих счетов на платной основе за использование банками имеющихся на них временно свободных ресурсов, имея в виду реализацию этих требований в установленном порядке при заключении договоров с банками.

Система контроля целевого использования бюджетных средств медицинскими учреждениями так же как и планирование, многоуровневая. Высший уровень – Федеральный - представляет Счетная палата при Президенте РФ, Контрольно-ревизионное управление Минфина РФ, Федеральный фонд ОМС. Второй уровень – контроль контрольно-ревизионными управлениями субъектов РФ и Территориальными фондами ОМС. Третий уровень – контроль управлениями здравоохранением территориальных образований и страховыми медицинскими организациями.

Медицинские учреждения, в соответствии с законодательством Российской Федерации несут ответственность за объем, сроки и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании бесплатной медицинской помощи застрахованным гражданам.

Медицинское учреждение несет ответственность за целевое и рациональное использование средств обязательного медицинского страхования. Использование средств ОМС на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в Программу обязательного медицинского страхования, на оплату расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских и иных услуг в системе обязательного медицинского страхования, является нерациональным (нецелевым).

В частности, в структуру Новосибирского областного фонда ОМС входит контрольно-ревизионный отдел. Приоритетным направлением в ревизионной работе Фонда является обеспечение надлежащего контроля за целевым и рациональным расходованием средств ОМС, проверка финансово-хозяйственной деятельности лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций и их филиалов в Новосибирской области и совершенствование контрольно-ревизионной работы на местах.

Контрольно-ревизионная работа по проверке строится на основании плана контрольно-ревизионного отдела с проведением комплексных проверок по финансово-хозяйственной деятельности, тематических и контрольных проверок.

В настоящее время финансирование учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС, производится по оплате фактически оказанных объемов медицинской помощи, в то время как поступающие бюджетные средства не связаны с объемными показателями оказанной медицинской помощи.

В связи с этим из-за недостаточности бюджетного финансирования у руководства ЛПУ ограничена хозяйственная самостоятельность, нет стимула поисков путей экономии производимых расходов по основным статьям затрат и их перераспределении. Все это вызывает нецелевое и нерациональное использование средств ОМС.

В этих условиях необходимо подумать над тем, как в условиях жесткого ограниченного финансирования изыскивать внутренние резервы.

Глава 2. Планирование и контроль деятельности медицинских учреждений на примере Краснозерской ЦРБ

2.1 Процесс планирования, методы и процедуры

В современных условиях успешная деятельность медицинских учреждений во многом определяется деятельностью экономической службы. Это связано не только с недостаточным финансированием, но и с изменением условий хозяйствования. Не случайно, в последние годы в штатное расписание медицинских учреждений органами здравоохранения рекомендована должность заместителя главного врача по экономическим вопросам.

Первое, что необходимо отметить, это повышение значимости экономической службы в деятельности медицинских учреждений, связанное с повышением роли финансовых показателей.

Другой момент, на который следует обратить внимание, это существенное изменение в последние годы характера экономической работы, ее содержания, функций. На первый план выходят новые профессиональные качества. Если раньше высококлассным специалистом считался тот, кто хорошо знал нормативную базу, жестко следовал инструкциям, то теперь определяющее значение приобретает творческий характер, умение грамотно разрешать возникающие проблемы. Но одновременно возрастает и грамотность принятых –решений, ответственность за результаты своей работы. Экономическая работа становится более сложной и более трудоемкой.

Основными факторами, оказывающими влияние на появление новых направлений в экономической работе медицинских учреждений, являются следующие:

* изменения в хозяйственном механизме здравоохранения, вызвавшие необходимость коренной перестройки экономической работы;
* внедрение новых форм медицинской и бухгалтерской документации, обусловливающее учет более широкого круга показателей, которые могут быть использованы в качестве объектов экономической работы;
* компьютеризация деятельности медицинских учреждений и появление новых возможностей для повышения оперативности и масштабности планово-аналитической работы.
* Изменение статуса и организационно-правовой формы медицинских учреждений, превращение их в полноправных хозяйствующих субъектов с широкими правами в вопросах организации своей работы.

Одним из важнейших видов экономической работы традиционно является планирование. Вместо планирования затрат на содержание медицинских учреждений приоритетное значение начинает приобретать планирование затрат на оказание медицинской помощи, призванное обеспечить увязку ресурсов с объемами оказанных медицинских услуг, а не количеством мощностей (площадей, коек).

При этом изменяется и этапность планирования. Если традиционно сначала определялись производственные мощности, затем штаты, необходимые для обслуживания этих мощностей, предполагаемые объемы работы, требуемые финансовые ресурсы и т.д., то теперь, наоборот, исходя из финансовых прогнозов и объемов оказываемой медицинской помощи определяются мощности, штаты и т.д.

К новым направлениям плановой работы можно отнести планирование качественных показателей. Традиционно это было чисто медицинской задачей, которая по сути сводилась лишь к прогнозированию ряда показателей заболеваемости на основе сложившейся ситуации за предшествующий период. С началом процесса внедрения медико-экономических стандартов, клинических минимумов встает проблема определения материальных затрат, необходимых для обеспечения выполнения стандартов. Оборотной стороной этой проблемы является решение вопроса о том, какой уровень качественных показателей может быть достигнут при имеющихся ресурсах.

Совершенно новым для экономического анализа является изучение финансового положения медицинских учреждений в целом. При традиционном бюджетном финансировании, обеспечивающем гарантированность поступления средств, анализ финансового положения медицинского учреждения просто не имел смысла. В нынешней же ситуации данное направление выходит на передний план, поскольку от этого зависит само выживание учреждения. Причем для него важно знать не только сумму поступления финансовых средств, но и размер потенциально возможных доходов, и, соответственно, размер упущенной выгоды.

Другой особенностью является углубление анализа, вызванное в первую очередь необходимостью материального стимулирования работников, доведение его до профиля коек и конкретных специалистов. Более того, объектом экономического анализа становится уже не только работа койки, нагрузка на врача, но и лечение конкретных заболеваний по нозологическим группам (длительность лечения, его стоимость и т.д.).

Все большее значение приобретает сравнительный анализ различных вариантов деятельности, выгодности видов оказываемых медицинских услуг, результаты которого становятся руководством к действию, например, при решении таких вопросов как вводить те или иные виды медицинской помощи, развивать ли собственную диагностическую службу.

Следует отметить, что при этом меняются и сами критерии эффективности. Вместо минимизации затрат преобладающее значение начинают играть показатели максимизации доходов. Происходит изменение приоритетов с объемных на результирующие. Если раньше ведущую роль играли показатели нагрузки (число посещений, загрузка койки и т.д.), то теперь на передний план выходят показатели результатов работы: количество пролеченных больных, законченных случаев.

При рассмотрении новых тенденций в подходах к анализу экономической деятельности медицинских учреждений принципиально важным является то, что меняется не только инструментарий экономического анализа, но и сама методологическая основа. Экономический анализ работы медицинского учреждения выступает анализом деятельности самостоятельного и полноправного хозяйствующего субъекта, а не простого потребителя ресурсов, как это было раньше.

Необходимо отметить, что психологически еще не все готовы к усилению роли и влияния экономической службы. Это касается не только медицинских работников, зачастую рассматривающих финансовые службы чуть ли не как обузу для учреждения, но и многих руководителей. Порой приходится с большим трудом преодолевать недопонимание роли экономической службы, в основе которого нередко лежит неумение организовать экономическую работу и использовать ее результаты.

2.2 Сбор данных и анализ текущего положения

Каким бы ни был бизнес-план, с какой бы целью он не составлялся, планирование начинается с анализа текущего положения (SWOT-анализа). Методика SWOT-анализа применима во множестве ситуаций, его цель - выяснить:

* какие сильные стороны имеются сейчас и как их можно усилить;
* каковы сейчас слабые стороны организации, которые необходимо устранить для успешной работы в будущем;
* какие возможности есть сейчас и могут открыться в будущем.

Анализ должен базироваться на некоторых количественных показателях, рассчитываемых на основе достоверных данных. Эти данные должны быть достаточно доступными, чтобы на их получение не требовалось слишком больших затрат времени и средств, и не допускать произвольных манипуляций. Поэтому наиболее удобно использовать данные, получаемые на основе стандартных форм отчетно-учетной документации.

Краснозерский район расположен на юге Новосибирской области, в центре Кулундинской зоны. Образован в июне 1933 года. Территория района составляет 5,3 тыс. кв. км, численность жителей на 1 января 2001 г. — 40,5 тыс. чел. В районном центре — поселке городского типа Краснозерское — проживает почти треть жителей района (9,7 тыс. чел.).

В системе здравоохранения района находятся восемь больниц и санаторий с грязелечебницей. Центральная районная больница является ведущим медицинским учреждением, в котором жители района могут получить медицинскую помощь практически по всем видам нозологий.

В данной работе финансовое планирование на 2004 год Краснозерской ЦРБ осуществляется на основе «Сведений о поступлении и расходовании денежных средств ОМС медицинским учреждением за январь-декабрь 2003 г.» (форма №14, утвержденная приказом Федерального фонда ОМС от 24.06.2002 г. №32).[11]

В структуре Краснозерской ЦРБ оказываются следующие виды помощи:

* стационарная;
* амбулаторно-поликлиническая;
* стоматологическая;
* дневная стационарная при амбулаторно-поликлиническом отделении;
* стационарная на дому.

Постановлением Главы администрации Новосибирской области от 04.02.2002 N106 «Об основных мероприятиях по обеспечению жителей Новосибирской области бесплатной медицинской помощью и порядке финансирования ЛПУ в 2002 году» [12] определен следующий порядок финансирования лечебно - профилактических учреждений, работающих в системе обязательного медицинского страхования, который действовал и в 2003 году.

Руководители медицинских учреждений обязаны заключать договоры на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию со всеми страховыми медицинскими организациями, работающими в системе обязательного медицинского страхования на территории Новосибирской области.

Страховые медицинские организации осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных медицинскими учреждениями, работающими в системе обязательного медицинского страхования в части статей экономической классификации расходов:

110100 - оплата труда государственных служащих;

110200 - начисления на оплату труда;

110310 - медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы;

110320 - мягкий инвентарь и обмундирование;

110330 - продукты питания;

240120 - приобретение непроизводственного оборудования и предметов длительного пользования для государственных и муниципальных учреждений;

111020 - оплата текущего ремонта оборудования и инвентаря (в части технического и метрологического обслуживания, включая расходы, связанные с техническим обслуживанием вычислительной и копировально - множительной техники).

В части статей 110100 «Оплата труда государственных служащих», 110200 «Начисления на оплату труда» установлен уровень возмещения затрат на основании разнарядки управления здравоохранения администрации области в пределах утвержденных годовых лимитов фонда оплаты труда. Заработная плата перечисляется Новосибирским областным фондом ОМС (ОФОМС).

В части статей 110310, 110330, 110320 - по тарифам медико - экономических стандартов.

В части обеспечения льготного и бесплатного отпуска лекарственных средств и изделий медицинского назначения по статье 110310 - в пределах лимитов, установленных районам и городам области управлением здравоохранения администрации области, управлением фармацевтической деятельности администрации области и Новосибирским ОФОМС.

В части статей 240120, 111020 - по финансовым нормативам, утвержденным правлением Новосибирского ОФОМС и комиссией по согласованию тарифов на медицинские услуги в системе обязательного медицинского страхования. Анализ доходов Краснозерской ЦРБ целесообразно провести по источникам поступления средств (табл. 2.2)

### Таблица 2.2

#### Источники поступления финансовых средств ОМС в 2003 году

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Заработано | Получено | Отклонения, |
| Источники доходов | средств, руб. | средств, руб. | руб. |
|   |  |  | (гр.3-гр.2) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Амбулаторно-поликлиническая | 2 103 083,6 | 3 239 476,2 | 1 136 392,6 |
| Стоматология | 263 961,0 | 766 267,6 | 502 306,6 |
| Стационары дневного пребывания | 175 290,7 | 175 862,0 | 571,3 |
| Стационары на дому | 194 210,0 | 194 210,0 | 0,0 |
| Стационар | 9 690 901,1 | 6 867 609,8 | -2 823 291,3 |
| Заработная плата | 20 150 116,5 | 20 150 116,5 | 0,0 |
| Платные услуги | 388 778,2 | 388 778,2 | 0,0 |
| Итого | 32 966 341,1 | 31 782 320,3 | -1 184 020,8 |

Анализ источников поступления финансовых средств ОМС показал следующее:

* превышение полученных средств ОМС от страховых медицинских организаций на оказание амбулаторно-поликлинической помощи составил 1136395,6 руб. по отношению к заработанным или в 1,5 раза больше. Данная ситуация сложилась в связи с тем, что финансирование амбулаторно-поликлинической помощи осуществляется по подушевому нормативу, который согласно Приложению 2 к Новосибирской областной программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2003 год составил 544,82 руб. Это означает, что на прикрепленных к поликлиническому отделению ЦРБ жителей в количестве 5 946 человек, средства были перечислены полностью, в то время как фактически пролечилось всего 3 860 человек.
* недофинансирование стационара составило 2 823 291,3 руб., то есть оплата произведена лишь на 71% (6867609,8/9690901,1\*100). Данная ситуация сложилась по причине дефицита средств ОМС.

Основной источник поступления средств – это средства ОМС, перечисляемые Новосибирским ОФОМС на заработную плату, которые составляют 63% от общего объема (рис. 2.1). Заработная плата является защищенной статьей, и политика администрации Новосибирской области по здравоохранению направлена на финансирование этой статьи расходов в первую очередь, тем не менее задолженность перед работниками Краснозерской ЦРБ по заработной плате за 2003 год составила 538 879,6 руб. (табл. 2.3).

Другой источник поступления финансовых средств – бюджетные средства на обеспечение оказания медицинской помощи, финансирование которой осуществляется исключительно из бюджетных средств:

* противотуберкулезный кабинет;
* наркологический кабинет;
* детская консультация;
* скорая помощь
* отделение заготовки и переливания крови;
* фтизиатрия.

Общий объем поступивших бюджетных средств в 2003 году составил 6593268 руб. (рис. 1)

Объем поступивших средств в 2003 году из всех источников составил 38375588,3 руб., в том числе:

* бюджетные средства 6 593 268,0 руб.;
* средства ОМС 31 393 542,1 руб.;
* платные услуги 388 778,2 руб.

##### Рис. 1. Структура доходов Краснозерской ЦРБ



Как видно из рис. 1 основной источник финансовых средств Краснозерской ЦРБ являются средства обязательного медицинского страхования (82%). Платные услуги занимают всего 1% в структуре доходов, причем, в основном это услуги, оказываемые стоматологическим отделением. В общем объеме по оказанию стоматологической помощи 53 124 УЕТ по ОМС составляет 39 030УЕТ, то есть 73% (39030/53124\*100). Бюджетные средства составляют соответственно 17% от общего объема поступивших в 2003 году средств.

### Таблица 2.3

#### Анализ расходов Краснозерской ЦРБ в 2003 году

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей   | Код БКР   | Кассовыерасходы, руб.  | Фактическиерасходы, руб.  | Кредиторскаязадолженностьруб.(гр.3-гр.4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Оплата труда | 110100 | 18 928 704,0 | 19 467 583,6 | -538 879,6 |
| Начисления на ФОТ | 110200 | 6 818 001,0 | 6 923 500,0 | -105 499,0 |
| Медикаменты, перевязочные средства | 110310 | 7 088 769,8 | 6 760 646,1 | 328 123,7 |
| Мягкий инвентарь и обмундирование | 110320 | 310 554,8 | 295 780,0 | 14 774,8 |
| Продукты питания | 110330 | 1 930 538,1 | 2 206 239,8 | -275 701,7 |
| Оплата горюче-смазочных материалов | 110340 | 236 257,0 | 236 257,0 | 0,0 |
| Прочие расходные материалы | 110350 | 26 711,6 | 16 229,7 | 10 481,9 |
| Командировки и служебные разъезды | 110400 | 18 320,0 | 18 320,0 | 0,0 |
| Оплата услуг связи | 110600 | 28 200,0 | 28 200,0 | 0,0 |
| Оплата коммунальных услуг | 110700 | 352 642,0 | 352 642,0 | 0,0 |
| Оплата текущего ремонта оборудования | 111020 | 811 190,0 | 902 554,8 | -91 364,8 |
| Приобретение непроизводственного оборудования | 240120 | 1 825 700,0 | 1 825 700,0 | 0,0 |
| Итого |   | 38 375 588,3 | 39 033 653,0 | -658 064,7 |

Анализ кассовых и фактических расходов Краснозерской ЦРБ за 2003 год показал, что практически по всем статьям имеется кредиторская задолженность, за исключением статей 110310 «Медикаменты и перевязочные средства», 110320 «Мягкий инвентарь и обмундирование», 240120 «Приобретение непроизводственного оборудование». Данная ситуация сложилась за счет централизованных поставок. Страховые медицинские организации перечислили финансовые средства в соответствующие организации по указанным статьям за Краснозерскую ЦРБ, но она фактически не выбрала положенное количество медикаментов и мягкого инвентаря по причине отсутствия требуемых наименований.

2.3 Цели и задачи деятельности Центральной районной больницы Краснозерского района

Чтобы развивать организацию и управлять ею, необходимо отчетливо понять ее главную цель, а также выбрать основные направления развития. В большинстве случаев это делается при составлении документа о предназначении. Таким документом является Устав Краснозерской ЦРБ.

Предназначением Краснозерской ЦРБ является оказание медицинской помощи гражданам Краснозерского района в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи взрослому и детскому населению.

Краснозерская ЦРБ обслуживает население в количестве 21516 человек, из них взрослое население – 16772 человек, детское – 4744 человек. Соответственно в структуру ЦРБ входят отделения для оказания всех видов медицинской помощи:

* терапевтическое отделение на 60 коек;
* хирургическое отделение на 50 коек;
* гинекологическое отделение на 55 коек;
* инфекционное отделение на 40 коек;
* детское отделение на 35 коек;
* родильное отделение на 25 коек;
* отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии мощностью 6 коек;
* неврологическое 50 коек;
* офтальмологический кабинет;
* дерматологический кабинет;
* стоматологическое;
* эндоскопический кабинет;
* рентген кабинет;
* кабинет функциональной диагностики;
* детская консультация;
* процедурный кабинет;
* физио кабинет;
* приемный покой.

При планировании финансовых средств на 2004 год ставятся следующие цели:

* за год увеличить поступления на 20% за счет оказания платных медицинских услуг сверх установленных программой государственных гарантий, в частности от специализированной хирургии и оборудования палат повышенной комфортности;
* проводить совместно со страховыми медицинскими организациями превентивные мероприятия с целью снижения рисков заболеваемости детского и взрослого населения (прививки против гриппа, клещевого энцефалита и т.п.);
* сохранить коечный фонд и объемы муниципального заказа.

Учитывая, что Центральная районная больница является ведущим медицинским учреждением Краснозерского района, а главный врач является главным врачом всего района, перед ней ставится выполнение задач районного значения:

* проведение государственной политики в сфере здравоохранения, включая обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения Краснозерского района, в целях создания необходимых условий для реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь;
* реализация системы мер по охране здоровья населения, включая организацию профилактических мероприятий и оказание медицинской помощи населению района;
* совершенствование системы контроля качества медицинской помощи;
* обеспечение функционирования фельдшерско – акушерских пунктов в селах Краснозерского района;
* развитие системы профилактики заболеваний и активного сохранения здоровья населения района;
* снижение уровня преждевременной смертности (от сердечно - сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований);
* снижение детской и материнской смертности;
* борьба с социально опасными заболеваниями (туберкулез, СПИД / ВИЧ, наркомания);
* развитие и внедрение передовых медицинских технологий с обеспечением их доступности населению.
* развитие материально - технической базы лечебно - профилактических учреждений района, эффективное использование медицинского оборудования, создание кадровых и ресурсных условий для максимальной реализации лечебно - диагностических возможностей;
* развитие новых форм медицинского обслуживания, стимулирование добровольного медицинского страхования в целях расширения перечня медицинских услуг, оказываемых населению;
* совершенствование и развитие системы охраны здоровья населения сельской местности, создание условий для оказания жителям отдаленных сел Краснозерского района квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Одним из наиболее важных стратегических решений является выбор маркетинговой стратегии учреждения. Есть четыре основных направления маркетинговой стратегии:

* проникновение на рынок;
* расширение товаров и услуг;
* расширение рынка;
* диверсификация.

## В условиях дефицита финансовых средств Краснозерская ЦРБ придерживается оборонительной стратегии. Главным маркетинговым направлением является стремление удержать уже имеющихся пациентов и сохранить имеющийся ассортимент услуг, лишь усиливая интенсивность применения этих услуг. Эта стратегия наиболее безопасна, вероятность ее успеха составляет примерно 50%. При этом расходы относительно невелики, так как не требуется покупка дополнительного оборудования, ни переобучения специалистов, ни переоборудования помещения. Маркетинговые приемы достаточно просты: врач более интенсивно предлагает пациентам те или иные виды лечения, уже применяемые в ЦРБ.

Реклама необязательно сводится к объявлениям по радио или рекламным щитам. Гораздо эффективнее оказывается простое информирование врачей и пациентов своего и других лечебных учреждений об ассортименте оказываемых услуг и показаниях к их применению. В частности предложить пациенту, перенесшему хирургическую операцию, платное наблюдение на дому, осуществляемое оперировавшим его врачом, в течение некоторого времени после выписки из медицинского учреждения.

Недостаток стратегии состоит в том, что в этом случае ассортимент медицинских услуг не обновляется, происходит их старение, и потому существующие пациенты могут перейти к конкурентной организации, в данном случае Областной клинической больнице, обеспечивающей более прогрессивные медицинские технологии.

2.4 Финансовый план

Разработка финансового плана начинается с оценки ожидаемого объема услуг на каждый месяц предстоящего года. При этом необходимо разделить услуги, оказываемые в рамках муниципального заказа и платные услуги. Ассортимент и объем первых определяются договором ЦРБ со страховыми медицинскими организациями, тогда как планирование последних (ассортимент, объем, цены) остается в компетенции руководства медицинского учреждения.

Анализ предоставляемых услуг направлен на сохранение, а при возможности и на расширение муниципального заказа оказания медицинской помощи в системе ОМС. Из 321 коек Краснозерской ЦРБ 315 работает по муниципальному заказу, то есть 98% (315\*321\*100) коечного фонда обеспечено финансовыми средствами, что несомненно является очень хорошим показателем обеспеченности стабильности финансирования.

Медицинские учреждения до недавнего времени не занимались планированием количества коек - это было прерогативой вышестоящих органов управления. Количество коек определялось по нормативам, исходя из численности населения, и уже потом, исходя их количества коек устанавливались остальные плановые показатели. В настоящее время потребности медицинского страхования и развитие платных медицинских услуг ставят задачу определить какое количество коек необходимо медицинскому учреждению для решения поставленных перед ним задач. Таким образом, работа койки является одним из важнейших плановых показателей.

Число выбывших больных из стационара в 2003 году составило 8012 человек, из них по ОМС – 7891 человек. То есть, 98% (7891/8012\*100), а это означает, что муниципальный заказ по стационару выполнен.

Среднее число дней работы койки в 2003 году можно определить из формулы: КД = К \* Д, где

КД – число койко-дней;

К – количество сметных коек;

Д – среднее число дней работы койки.

Отсюда можно вывести формулу расчета среднего числа работы койки:

Д = КД / Д = 100927 / 321 = 314 дней

Это означает, что из 365 дней простой койки составил: 365-314=51 дней или 14% (51/365\*100), или 1,7 месяца (51/30). То есть, почти два месяца имеет место простой койки. При планировании целесообразно закладывать простой койки на ремонт, но не более 30 дней.

Средняя длительность пребывания больного на койке в 2003 году составил: 100927/8012 = 12,6 дней, где

100927 – проведено выбывшими больными койко-дней в 2003 году;

8012 – число выбывших больных из стационара в 2003 году.

С учетом проведенного анализа работы стационара за 2003 год, составляется план работы койки на 2004 год (таблица 2.4). При этом используются следующие формулы для расчета:

1. число госпитализируемых больных определяется по формуле:

М = К \* Ф, где

М – плановое число госпитализируемых больных;

К – количество сметных коек;

F – плановый оборот койки.

2) расчет среднего числа работы койки в плановом периоде:

Д = F \* Т, где

Д – среднее число дней работы койки;

Т – средняя длительность пребывания больного на койке в днях.

3) расчет числа койко-дней в планируемом периоде:

КД = М \* Т, где

КД – число койко-дней.

Кроме того, при планировании в расчетах учитываются следующие данные:

* 30 дней в течение года планируется на ремонт коек;
* 1 день – среднее время простоя койки, необходимое для подготовки к приему очередного больного.

Таблица 2.4

Планирование показателей работы койки на 2004 год

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Расчет при планировании закрытия коек на ремонт (30 дней) | Плановые показатели | Показатели 2003 г. | Отклонения |
| 1. Оборот койки (F) | 365-3012,6 + 1 | 24,6 | 12,6 | 12,0 |
| 2. Число госпитализируемых больных (М) | 321 \* 24,6 | 7897 | 8012 | -115 |
| 3. Среднее число дней работы койки (Д) | 24,6 \* 12,6 | 310 | 314 | -4 |
| 4. Число койко-дней (КД) | 7897 \* 12,6 | 99502 | 100927 | -1425 |

Таким образом, в 2004 году планируется снизить число койко-дней и госпитализируемых больных за счет увеличения оборота койки. При этом преследуются следующие цели:

* оборот койки позволит провести более качественное лечение больных, тем более, что согласно медико-экономическим стандартам средняя длительность лечения нозологий составляет 21 день;
* уменьшение среднего числа работы койки позволит провести ремонт коек.

Финансовый план бюджетного медицинского учреждения - это финансово-плановый акт, определяющий объём, целевое направление и поквартальное распределение ассигнований, выделяемых из бюджета и внебюджетного фонда тому или иному бюджетному учреждению. Смета помимо этого является разновидностью финансово-правового акта, а с учетом этого смета имеет и юридическое значение. Её юридическое значение заключается в том, что она определяет права и обязанности руководителя бюджетного учреждения по целевому использованию средств, выделенных из соответствующего бюджета, а также обязанности финансовых органов по контролю за целевым использованием бюджетных средств. Существует алгоритм в соответствии с которым, если у бюджетного учреждения отсутствует смета, то поступившие ассигнования нельзя расходовать и любой кассовый расход может быть признан нецелевым. Составление смет является составной частью бюджетного процесса и имеет собственное наименование - сметный процесс.

Расходы осуществляются в соответствии с экономической классификацией расходов бюджетов РФ (Приложение 1):

Виды смет бюджетных учреждений подразделяются на:

* индивидуальные - составляются бюджетным учреждением и содержат только расходы этого бюджетного учреждения,
* сводные - индивидуальные сметы объединяются в сводные. Обычно они формируются федеральными министерствами и ведомствами по своему ведомству, исполнительными органами субъектов федерации и органами местного самоуправления в территориальном размере. Сводные делятся на индивидуальные сметы бюджетных учреждений в качестве сводных и сметы расходов на централизованные мероприятия в качестве сводных.
* сметы централизованных мероприятий - они составляются федеральными министерствами и ведомствами, органами исполнительной власти субъектов и органами местного самоуправления для централизованных мероприятий.

Сметы бюджетного учреждения составляются и подписываются руководителем и главным бухгалтером, и направляются в вышестоящую организацию, где включаются составной частью в сводную смету вышестоящей организации, в свою очередь сводные сметы включаются составной частью в расходную часть соответствующего бюджета. Сметы бюджетных учреждений утверждаются главными распорядителями бюджетных средств.

С принятием Бюджетного кодекса РФ кардинально возросло значение сметы. Особенно значение сметы возрастает с переходом на казначейскую систему исполнения бюджета. И поскольку для федерального уровня такая система юридически сложившийся факт, смета начинает проникать во все сферы государственной деятельности. Применительно к сметно-бюджетному финансированию это означает, что ни один расход не сможет быть осуществлен без обоснованной сметы (табл. 2.5).

Таблица 2.5

Смета доходов Краснозерской ЦРБ на 2004 год

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей   | Код БКР   | СредстваОМС,тыс. руб. | Бюджет,тыс. руб.  | Платныеуслуги,тыс. руб. | Итого,тыс. руб.  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Остаток средств на 01.01.2004 |   |   |   |   | 69,8 |
| Оплата труда | 110100 | 15 314,00 | 4 153,60 | 264,0 | 19 731,6 |
| Начисления на ФОТ | 110200 | 5 436,00 | 1 487,50 | 94,5 | 7 018,0 |
| Медикаменты, перевязочные средства | 110310 | 6 711,00 | 49,60 | 25,0 | 6 785,6 |
| Мягкий инвентарь и обмундирование | 110320 | 275,8 | 20,00 | 12,0 | 307,8 |
| Продукты питания | 110330 | 2 206,20 | 0,00 | 0,0 | 2 206,2 |
| Оплата горюче-смазочных материалов | 110340 | 0,0 | 236,30 | 0,0 | 236,3 |
| Прочие расходные материалы | 110350 | 0,0 | 16,20 | 0,0 | 16,2 |
| Командировки и служебные разъезды | 110400 | 0,0 | 18,30 | 19,0 | 37,3 |
| Оплата услуг связи | 110600 | 0,0 | 28,20 | 0,0 | 28,2 |
| Оплата коммунальных услуг | 110700 | 0,0 | 352,60 | 0,0 | 352,6 |
| Оплата текущего ремонта оборудования | 111020 | 702,6 | 200,00 | 0,0 | 902,6 |
| Приобретение непроизводственногооборудования | 240120 | 1 825,70 | 0,00 | 52,0 | 1 877,7 |
| Итого |   | 32 471,3 | 6 562,3 | 466,5 | 39 500,1 |

Таким образом основным источником дохода Краснозерской ЦРБ в 2004 году по прежнему являются средства обязательного медицинского страхования (рис. 2), которые составляют 82 % от общего объема планируемых средств.

Рис. 2. Структура финансовых средств в 2004 году



Динамика доходов Краснозерской ЦРБ показывает неуклонный рост поступлений средств ОМС и от оказания платных услуг, и снижение бюджетных средств (табл. 2.6).

Таблица 2.6

Динамика доходов Краснозерской ЦРБ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Источники средств | 2001 г. | 2002 г. | 2003 г. | 2004 г. |
| Средства ОМС | 29 874,6 | 30 501,5 | 31 782,3 | 32 471,3 |
| Бюджет | 7 001,8 | 6 795,0 | 6 593,3 | 6 562,3 |
| Платные услуги | 184,1 | 293,3 | 388,8 | 466,5 |
| Итого | 37 060,5 | 37 589,8 | 38 764,4 | 39 500,1 |

На рис. 3 наглядно представлена динамика доходов Краснозерской ЦРБ

Рис. 3. Динамика доходов Краснозерской ЦРБ за 2001-2004 гг.



Что касается доли каждого источника в общем объеме доходов в период с 2001- 2004 гг., можно отметить снижение доли бюджетных средств с 19% в 2001 году до 17% в 2004 году, роста средств ОМС с 81% в 2001 году до 82% в 2004 году. Сумма средств от оказания платных услуг также имеет тенденцию к росту на 1% по отношению к 2001 году (рис. 4).

Рис. 4. Соотношение источников доходов





Из рисунка 4 видно, что к 2004 году дефицит бюджетных средств восполнился средствами ОМС (1%) и доходами от оказания платных медицинских услуг (1%).

Таким образом, государство постепенно самоустраняется от финансирования бюджетных медицинских учреждений, переложив основной объем на средства обязательного медицинского страхования, которых вследствие низкого тарифа, равного 3,6% от фонда оплаты труда, явно не хватает на покрытие насущных проблем медицинских учреждений. Такая ситуация вынуждает медицинские учреждения неправомерно взимать с населения частичную оплату медицинских услуг, в частности на медикаменты.

##

2.6 Контроль за целевым использованием финансовых средств Краснозерской ЦРБ

Финансовый контроль обусловлен тем, что финансам как экономической категории присуща не только распределительная функция, но и контрольная, Финансовый контроль осуществляется в установленном правовыми нормами порядке всей системой органов государственной власти и органов местного самоуправления. В ходе финансового контроля проверяются:

* соблюдение установленного правопорядка в процессе финансовой деятельности;
* экономическая обоснованность и эффективность осуществляемых действий по созданию, распределению и использованию финансовых ресурсов.

Основное содержание финансового контроля:

* проверка выполнения финансовых обязательств перед государством (а также органами местного самоуправления);
* проверка правильности использования денежных ресурсов, находящихся в хозяйственном ведении или оперативном управлении в учреждении (бюджетные и собственные средства, банковские ссуды, внебюджетные и иные средства);
* проверка соблюдения правил совершения финансовых операций, расчетов и хранения денежных средств учреждениями;
* выявление внутренних резервов, возможностей более эффективного и экономного использования материальных и денежных средств, проведение углубленного экономического анализа финансово-хозяйственной деятельности;
* устранение и предупреждение нарушений финансовой дисциплины

Классификация видов финансовою контроля:

1. По времени проведения:

а) предварительный - проводится до совершения операций по образованию, распределению и использованию де нежных ресурсов;

б) текущий - контроль в процессе совершения денежных операций;
в) последующий - контроль, осуществляемый после совершения финансовых операций.

2. По степени обязательности:

а) обязательный - в силу требований законодательства, и также по решению компетентных государственных органов;

6) инициативный - осуществляется по самостоятельному решению хозяйствующих субъектов.

3. В зависимости от контролирующих органов:

а) контрольное управление администрации Президента;

б) представительные органы государственной власти и местного самоуправления;

в) исполнительные органы власти общей компетенции;

г) финансово-кредитные органы;

д) ведомственный и внутрихозяйственный контроль;

е) общественный;

ж) аудиторский.

Методы финансового контроля:

* ревизии;
* проверки документации, состояния учета и отчетности;
* рассмотрение проектов финансовых планов, заявок, отчетов о финансово-хозяйственной деятельности;
* заслушивание докладов, информации должностных лиц.

Наиболее актуальным методом является ревизия финансово-хозяйственной деятельности предприятий, учреждений.

Виды ревизий:

1. По объекту проверки - документальные, фактические, полные (смешанные), выборочные.
2. По организации - плановые, внеплановые, комплексные (проводимые несколькими контролирующими органами).

В настоящее время значительно повышается роль в системе управления финансами в здравоохранении территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Контроль за целевым использованием средств осуществляется:

* страховыми медицинскими организациями в части обоснованности предоставленных к оплате счетов за оказанные медицинские услуги;
* Новосибирским ОФОМС, в структуру которого входит контрольно-ревизионный отдел, которым в плановом порядке проверяется использование средств ОМС;
* Управлением здравоохранения Новосибирской области;
* Управлением здравоохранения Краснозерского района;
* Контрольно-ревизионным отделом Минфина РФ;

Новосибирский ОФОМС ежеквартально проводит камеральную проверку на основании формы №14 «Сведения о поступлении и расходовании денежных средств ОМС медицинским учреждением». Для этой цели в фонде функционирует отдел статистики, специалисты которого ежеквартально сверяют показатели формы с базой данных фонда и страховых медицинских организаций.

Страховые медицинские организации, в свою очередь, по окончании года составляют акт сверки взаиморасчетов с Краснозерской ЦРБ. В случае обнаружения не целевого использования средств ОМС медицинское учреждение обязывают в указанные сроки восстановить средства ОМС.

Выездные проверки проводятся по первичным учетным документам учреждения:

* банковским выпискам;
* платежным поручениям;
* актам сверки взаиморасчетов;
* счетам-фактурам;
* договорам.

# Глава 3. Пути повышения эффективности финансового планирования и контроля в медицинских учреждениях

## 3.1 Достоинства и недостатки планирования в медицинском учреждении на современном этапе

По оценкам специалистов, сложившаяся структура сети учреждений здравоохранения неэффективна. Мощность, оснащенность, профессиональный уровень кадров в стационарах выше, чем в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Затраты на стационарное обслуживание более высоки из-за дороговизны содержания учреждений. Следовательно, стационарная помощь должна оказываться в экстремальных случаях, сеть же амбулаторно-поликлинических учреждений следует развивать более интенсивно, поскольку за ними закреплены функции профилактики заболеваний, профилактического лечения.

Так, Краснозерской ЦРБ на оплату медицинских услуг, оказанных в стационаре получено 6867609,8 руб., в то время как на оказание амбулаторно-поликлинической помощи 3239476,2 руб. (таблица 2.2), то есть затраты на стационар оказались выше в 2,1 раза, чем на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Постановлением Главы администрации «Об основных задачах органов и учреждений здравоохранения и порядке финансирования отрасли в 2003 году» от 25 февраля 2003 г. принято приоритетное развитие менее дорогой амбулаторно - поликлинической помощи на основе создания института общей врачебной практики.

В Новосибирской области в соответствии с идеологией территориального фонда обязательного медицинского страхования и управления здравоохранением разработана и введена система медико-экономических стандартов (МЭС), на основе которых осуществляется расчет с лечебными учреждениями за фактически выполненный объем работ.

Медико-экономический стандарт — это стандарт лечебной работы, определяющий нормативный круг процедур, манипуляций по группе диагнозов и состояний и цену. Расходы по МЭС сформированы из нормативов постатейного финансирования на койко-день в стационаре.

Подобная система оплаты медицинской помощи за фактически выполненный объем работ действует во многих странах (США, Великобритании и др.). Ее основное преимущество в том, что она создает экономические стимулы к расширению объемов лечебной и профилактической деятельности врачей в предоставлении пациентам необходимой помощи. Это способствует развитию общеврачебной практики, сокращению больничных коек и объемной дорогостоящей стационарной помощи. В России же пока не представляется возможным в полной мере использовать преимущества данной системы оплаты. Главная причина в том, что оплата врачебного труда осуществляется согласно нормативам ЕТС (единой тарифной ставки) бюджетных работников, а они очень низкие.

Тарифы не включают хозяйственные расходы, доля которых в общих расходах медицинских учреждений составляет сегодня около 37%, не учитываются амортизационные отчисления, хотя они должны формировать ресурсную базу воспроизводства основных фондов лечебных учреждений.

Недостаточная обоснованность расходов по статье «Медикаменты» и малая величина средств по этой статье не позволяют использовать при лечении современные лекарственные препараты, что значительно увеличивает продолжительность лечения болезни. Не предусмотрены в стандартах и расходы на профилактические мероприятия.

В ходе реформ медицинские учреждения не стали экономически самостоятельными, их деятельность регламентируется нормативными актами Минздрава, субъектов РФ, Территориальными фондами ОМС, Управлениями здравоохранением территорий. Отсюда и не заинтересованность в повышении медицинской и экономической эффективности.

Другими недостатками существующей системы планирования являются:

* крайне низкая эффективность использования имеющихся ресурсов из-за жесткого регламентирования смет расходов, в том числе и оплаты труда;
* отсутствие фактической экономической самостоятельности учреждений здравоохранения, эффективной системы стимулирования деятельности медицинских работников по конечным результатам их труда;
* уравнительный и гарантированный характер оплаты труда, что в конечном результате приводит к снижению активности сотрудников медицинских учреждений, ухудшению творческой атмосферы в трудовых коллективах ЛПУ.

Существующая система формирования заработной платы в здравоохранении не может заинтересовать конкретного работника в эффективной и качественной работе. При использовании новых способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой медицинским учреждением, возникло объективное противоречие между стимулами деятельности учреждения в целом и конкретного работника в отдельности. Только изменение системы формирования оплаты труда работников здравоохранения может преодолеть указанное противоречие.

3.2 Рекомендации по повышению эффективности работы медицинского учреждения

В настоящее время жесткое подчинение медико-экономическим стандартам затрудняет выявление факторов повышения эффективности затрат. В связи с этим важной представляется разработка критериев оценки деятельности медицинского учреждения с учетом как затрат так и различных приоритетов.

Планирование финансовой деятельности медицинского учреждения необходимо осуществлять на основе сметы доходов и расходов. Смета – это финансовый документ, отражающий направления и порядок использования финансовых средств медицинского учреждения.

Такой подход позволяет:

* избавиться от излишнего дорогостоящего коечного фонда;
* развиваться менее ресурсоемкие и дорогостоящие медицинские технологии (дневные стационары, стационары на дому, амбулаторно-поликлиническую помощь);
* использовать не обеспеченный бюджетными средствами коечный фонд под платные услуги;
* сократить коечный фонд.

Недостаток планирования бюджетного финансирования медицинских учреждений заключается в том, что оно раздроблено, по сути на два бюджетных источника: государственный бюджет и средства государственных внебюджетных фондов. Учитывая, что закон о бюджете фонда принимается одновременно с областным бюджетом, администрация области знает, какие объемы запланированы на финансирование здравоохранения, и по своему усмотрению планирует расходы, как правило, в минимальном объеме, которых никак не хватает на оплату медицинскими учреждениями статей, не оплачиваемых из средств обязательного медицинского страхования. Кроме того, медицинское учреждение не вправе, по своему усмотрению перераспределять средства по статьям расходов, иначе использование средств будет признано нецелевым. Получается парадокс: и те и другие средства по сути оба бюджетные, и в то же время, они разрознены по источникам поступления, по направлениям расходования.

В связи с этим самым оптимальным решением было бы увеличить тариф на обязательное медицинское страхование, и осуществлять финансирование здравоохранения исключительно за счет средств государственных внебюджетных фондов. Данный подход позволил бы обеспечить прозрачность всех распределяемых средств на финансирование здравоохранения. Кроме того, необходимо дать самостоятельность медицинским учреждениям в постатейном планировании расходов, в том числе и расходы на заработную плату.

Данный аспект также позволил бы усилить контроль за целевым использованием бюджетных средств медицинскими учреждениями. На сегодняшний день контроль носит бессистемный и несогласованный порядок. Одно и то же медицинское учреждение могут проверять, причем одновременно, управление финансов района, страховая медицинская организация, территориальный фонд ОМС, другое может не проверяться годами.

В современных условиях успешная деятельность медицинских учреждений во многом определяется деятельностью экономической службы. Это связано не только с недостаточным финансированием, но и с изменением условий хозяйствования. Не случайно, в последние годы в штатное расписание медицинских учреждений органами здравоохранения рекомендована должность заместителя главного врача по экономическим вопросам.

Первое, что необходимо отметить, это повышение значимости экономической службы в деятельности медицинских учреждений, связанное с повышением роли финансовых показателей.

Другой момент, на который следует обратить внимание, это существенное изменение в последние годы характера экономической работы, ее содержания, функций. На первый план выходят новые профессиональные качества. Если раньше высококлассным специалистом считался тот, кто хорошо знал нормативную базу, жестко следовал инструкциям, то теперь определяющее значение приобретает творческий характер, умение грамотно разрешать возникающие проблемы. Но одновременно возрастает и грамотность принятых –решений, ответственность за результаты своей работы. Экономическая работа становится более сложной и более трудоемкой.

Основными факторами, оказывающими влияние на появление новых направлений в экономической работе медицинских учреждений, являются следующие:

* изменения в хозяйственном механизме здравоохранения, вызвавшие необходимость коренной перестройки экономической работы;
* внедрение новых форм медицинской и бухгалтерской документации, обусловливающее учет более широкого круга показателей, которые могут быть использованы в качестве объектов экономической работы;
* компьютеризация деятельности медицинских учреждений и появление новых возможностей для повышения оперативности и масштабности планово-аналитической работы.
* Изменение статуса и организационно-правовой формы медицинских учреждений, превращение их в полноправных хозяйствующих субъектов с широкими правами в вопросах организации своей работы.

Одним из важнейших видов экономической работы традиционно является планирование. Вместо планирования затрат на содержание медицинских учреждений приоритетное значение начинает приобретать планирование затрат на оказание медицинской помощи, призванное обеспечить увязку ресурсов с объемами оказанных медицинских услуг, а не количеством мощностей (площадей, коек).

При этом изменяется и этапность планирования. Если традиционно сначала определялись производственные мощности, затем штаты, необходимые для обслуживания этих мощностей, предполагаемые объемы работы, требуемые финансовые ресурсы и т.д., то теперь, наоборот, исходя из финансовых прогнозов и объемов оказываемой медицинской помощи определяются мощности, штаты и т.д.

К новым направлениям плановой работы можно отнести планирование качественных показателей. Традиционно это было чисто медицинской задачей, которая по сути сводилась лишь к прогнозированию ряда показателей заболеваемости на основе сложившейся ситуации за предшествующий период. С началом процесса внедрения медико-экономических стандартов, клинических минимумов встает проблема определения материальных затрат, необходимых для обеспечения выполнения стандартов. Оборотной стороной этой проблемы является решение вопроса о том, какой уровень качественных показателей может быть достигнут при имеющихся ресурсах.

Совершенно новым для экономического анализа является изучение финансового положения медицинских учреждений в целом. При традиционном бюджетном финансировании, обеспечивающем гарантированность поступления средств, анализ финансового положения медицинского учреждения просто не имел смысла. В нынешней же ситуации данное направление выходит на передний план, поскольку от этого зависит само выживание учреждения. Причем для него важно знать не только сумму поступления финансовых средств, но и размер потенциально возможных доходов, и, соответственно, размер упущенной выгоды.

Другой особенностью является углубление анализа, вызванное в первую очередь необходимостью материального стимулирования работников, доведение его до профиля коек и конкретных специалистов. Более того, объектом экономического анализа становится уже не только работа койки, нагрузка на врача, но и лечение конкретных заболеваний по нозологическим группам (длительность лечения, его стоимость и т.д.).

Все большее значение приобретает сравнительный анализ различных вариантов деятельности, выгодности видов оказываемых медицинских услуг, результаты которого становятся руководством к действию, например, при решении таких вопросов как вводить те или иные виды медицинской помощи, развивать ли собственную диагностическую службу.

Следует отметить, что при этом меняются и сами критерии эффективности. Вместо минимизации затрат преобладающее значение начинают играть показатели максимизации доходов. Происходит изменение приоритетов с объемных на результирующие. Если раньше ведущую роль играли показатели нагрузки (число посещений, загрузка койки и т.д.), то теперь на передний план выходят показатели результатов работы: количество пролеченных больных, законченных случаев.

При рассмотрении новых тенденций в подходах к анализу экономической деятельности медицинских учреждений принципиально важным является то, что меняется не только инструментарий экономического анализа, но и сама методологическая основа. Экономический анализ работы медицинского учреждения выступает анализом деятельности самостоятельного и полноправного хозяйствующего субъекта, а не простого потребителя ресурсов, как это было раньше.

Необходимо отметить, что психологически еще не все готовы к усилению роли и влияния экономической службы. Это касается не только медицинских работников, зачастую рассматривающих финансовые службы чуть ли не как обузу для учреждения, но и многих руководителей. Порой приходится с большим трудом преодолевать недопонимание роли экономической службы, в основе которого нередко лежит неумение организовать экономическую работу и использовать ее результаты.

Заключение

Основным принципом планирования здравоохранения субъекта РФ, муниципальных образований должно стать обеспечение соответствия реальных финансовых ресурсов, выделяемых обществом на нужды здравоохранения из всех источников, и объема государственных гарантий предоставления населению бесплатной для него медицинской помощи.

Планирование осуществляется на основе системы финансовых н6ормативов, реально оценивающих затраты на оказание определенной единицы медицинской услуги (койко-дня, посещения, вызова скорой помощи). Необходимо, чтобы нормативы отвечали реальным затратам на оказание медицинской помощи в условиях рачительного хозяйствования. При заниженных нормативах невозможно обеспечить бесплатность помощи, завышенные нормативы приводят к неэффективному расходованию общественных средств.

В процессе планирования необходимо выявить зоны неэффективного расходования средств и разработать комплекс мер, обеспечивающих повышение эффективности здравоохранения. При этом базой для повышения эффективности является структурная перестройка системы оказания медицинской помощи населению.

Планирование носит двухуровневый характер. На уровне субъекта Федерации:

* определяются единый объем гарантий;
* устанавливаются финансовые нормативы;
* планируются объемы помощи собственных учреждений, межобластных и межрайонных центров;
* даются рекомендации по объемам помощи муниципальных образований.

На уровне муниципальных образований принимаются конкретная муниципальная программа, план ее финансирования, обеспечивающие планы. План доводится до каждого муниципального медицинского учреждения. Муниципальная программа согласовывается субъектом Федерации, после чего принимается органами местного самоуправления.

Таким образом, основными этапами планирования здравоохранения являются:

* расчет финансовых нормативов;
* определение на основе этих нормативов реальной потребности здравоохранения в финансовых средствах для оказания населению медицинской помощи при существующей ее структуре;
* определение реального объема финансовых ресурсов, выделяемых здравоохранению;
* изучение потребностей населения в медицинской помощи путем оценки ее сложившейся структуры. Планирование реорганизации системы оказания медицинской помощи с целью максимального обеспечения потребностей населения в условиях имеющихся ресурсных ограничений;
* определение реального объема государственных и муниципальных гарантий;
* планирование организационной, технологической, финансово-экономической поддержки этих гарантий;
* обеспечение общественной поддержки намечаемой реформы оказания медицинской помощи.

Необходимо особо подчеркнуть, что задачей системы планирования является обеспечение потребностей населения в медицинской помощи в условиях финансовых ограничений путем оптимизации структуры ее оказания.

Библиографический список

1. Конституция РФ. Официальный текст. – Новосибирск: Сибирское Университетское издательство, 2003.
2. Бюджетный кодекс РФ. Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
3. Указ Президента Российской Федерации 12 мая 1997 года N 477 «О мерах по усилению контроля за использованием средств федерального бюджета» Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
4. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 (с изм. и доп. от 24 декабря 1993 г., 2 марта 1998 г., 20 декабря 1999 г., 2 декабря 2000 г.). Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
5. Закон РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28 июня 1991 № 1499-1 (в редакции закона РФ от 2 апреля 1993 г. № 4742-1, с изменениями от 24 декабря 1993 г., 1 июля 1994 г., 29 мая 2002 г.). Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
6. Закон РСФСР «Об основах бюджетного устройства и бюджетного процесса в РСФСР», № 1734-1, от 10.10.91 Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
7. Закон НСО «Об исполнении бюджета Областного фонда обязательного медицинского страхования за 2000 год» от 17.10.2002 №53-ОЗ Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
8. Закон НСО «Об исполнении бюджета Областного фонда обязательного медицинского страхования за 2001 год» от 14.07.2003 №121-ОЗ Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
9. Закон НСО «Об исполнении бюджета Областного фонда обязательного медицинского страхования за 2002 год» от 14.07.2003 №121-ОЗ Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
10. Закон НСО «О бюджете областного фонда обязательного медицинского страхования на 2004 год» от 30.12.2003 №160-ОЗ Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
11. Приказ Федерального фонда ОМС от 24.06.2002 г. №32 «Об утверждении формы «Сведений о поступлении и расходовании денежных средств ОМС медицинским учреждением». Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
12. Постановлением Главы администрации Новосибирской области от 04.02.2002 N106 «Об основных мероприятиях по обеспечению жителей Новосибирской области бесплатной медицинской помощью и порядке финансирования ЛПУ в 2002 году». Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
13. Постановление Новосибирского областного совета депутатов третьего созыва от 27.02.2003 «Об утверждении Новосибирской областной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2003 год» Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.
14. Временный порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан, утвержденный ФФОМС от 5 апреля 2001 г. № 1518/21-1. Электронная библиотека «Ваше право». – М.: ИСТ. – 2003.

Гришин В.В. Бутова В.Г., Резников А.А. Модели системы обязательного медицинского страхования Финансы 1996 № 3

1. Бюджетная система Российской Федерации: Учебник для вузов эконом. спец. / Под ред. М.В. Романовского, О.В. Врублевской. – М.: Юрайт, 1999.
2. Бабич А. М., Павлова Л. Н. Государственные и муниципальные финансы: Учебник для вузов. – М.: Юнити, 2002.
3. Бежаев О.Г. Межбюджетные отношения: теория и практика реформирования. – М.: Экзамен, 2001
4. Годин А.М. Бюджет и бюджетная система Российской Федерации. – М., 2002.
5. Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках Территориальной программы ОМС. Учебно-методическое пособие/ Под ред. Таранова А.М., Кравченко Н.А. М.: ФФОМС, 2000 г.
6. Жуков.//Метро. – 2003. - №14. – с. 7
7. Кадыров Ф.Н. Экономическая служба лечебно-профилактического учреждения. М.: Грантъ, 2000 г.
8. Страхование/ Под ред. Шахова В. В. – М.: Анкил, 2002
9. Финансы: учебник для вузов/Под ред. проф. Дробозиной Л. А. – М.: Юнити, 2001.
10. Шамхалов Ф.И. Государство и экономика: основы взаимодействия; учебник для вузов. – М.: ОАО «НПО «Издательство «Экономика», 2000.