

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«Южно-Уральский государственный университет» (национальный исследовательский
университет)
Высшая школа экономики и управления
Кафедра «Экономическая теория, региональная экономика, государственное и муниципальное
управление»

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой, д.э.н., профессор

_____ / В.С. Антонюк /
«__» _____ 2018г.

Финансовое обеспечение развития здравоохранения в субъекте РФ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ЮУрГУ – 38.03.04.2018.365.ВКР

Руководитель, к.э.н., доцент

_____ / Т.М. Каретникова /

«__» _____ 2018 г.

Автор

Студент группы ВШЭиУ-497

_____ / А.Д. Пашутина /

«__» _____ 2018 г.

Нормоконтролер, ст. преподаватель

_____ / Т.С. Дубынина /

«__» _____ 2018 г.

Челябинск 2018

АННОТАЦИЯ

Пашутина А.Д. Финансовое обеспечение развития сферы здравоохранения в субъекте РФ (на примере Челябинской области). – Челябинск: ЮУрГУ, ВШЭУ – 497, 80 с., 19 табл., библиогр. список – 31 наим.

Объектом дипломной работы является сфера здравоохранения Челябинской области.

Цель дипломной работы – разработка рекомендаций по совершенствованию финансирования сферы здравоохранения.

В дипломном проекте выявлены функции и структура сферы здравоохранения, источники и инструменты финансирования учреждений сферы здравоохранения, проведен анализ финансового обеспечения развития сферы здравоохранения в Челябинской области, разработаны рекомендации по совершенствованию финансирования сферы здравоохранения.

Результаты дипломного проекта имеют практическую значимость и могут применяться при финансировании развития сферы здравоохранения Челябинской области.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
1 ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
1.1 Функции и структура сферы здравоохранения.....	7
1.2 Источники и инструменты финансирования учреждений сферы здравоохранения	13
2 АНАЛИЗ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ	
2.1 Анализ обеспеченности населения Челябинской области услугами сферы здравоохранения.....	23
2.2 Анализ практики финансирования развития сферы здравоохранения Челябинской области	37
3 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ФИНАНСИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
3.1 Основные направления совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения	65
3.2 Предоставление дополнительных платных услуг как условие повышения финансового обеспечения учреждений здравоохранения.....	71
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	75
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	77

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной дипломной работы обусловлена тем, что в настоящее время развитие системы здравоохранения является неотъемлемой составляющей уровня и качества жизни населения и выполняет важнейшую роль в экономическом развитии регионов и страны в целом, обеспечивая воспроизводство и качество трудовых ресурсов, создающих базу для социально-экономического роста.

В современных социально-экономических условиях состояние и перспективы развития отечественного здравоохранения в значительной мере определяет уровень его финансовой обеспеченности. Национальная безопасность и экономическое развитие государства все в большей степени зависят от построения эффективной системы финансирования здравоохранения в целях сохранения здоровья населения как главной производительной силы общества. В этой связи одной из наиболее актуальных является проблема совершенствования системы финансового обеспечения здравоохранения.

Объектом исследования выпускной квалификационной работы – является сфера здравоохранения в Челябинской области.

Предметом исследования является практика управления финансовым обеспечением сферы здравоохранения Челябинской области.

Цель курсовой работы – разработка рекомендаций по совершенствованию финансового обеспечения сферы здравоохранения в регионах.

Задачи выпускной квалификационной работы:

- рассмотреть функции и структуру сферы здравоохранения;
- определить источники и инструменты финансирования учреждений сферы здравоохранения;
- проанализировать обеспеченность населения региона услугами сферы здравоохранения;
- проанализировать практики финансирования развития сферы здравоохранения в регионе.

1 ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ СФЕРОЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 Функции и структура сферы здравоохранения

Здравоохранение – 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[5].

У данной сферы как и у любой другой существуют свои функции. Основные функции сферы здравоохранения представлены на рисунке 1.

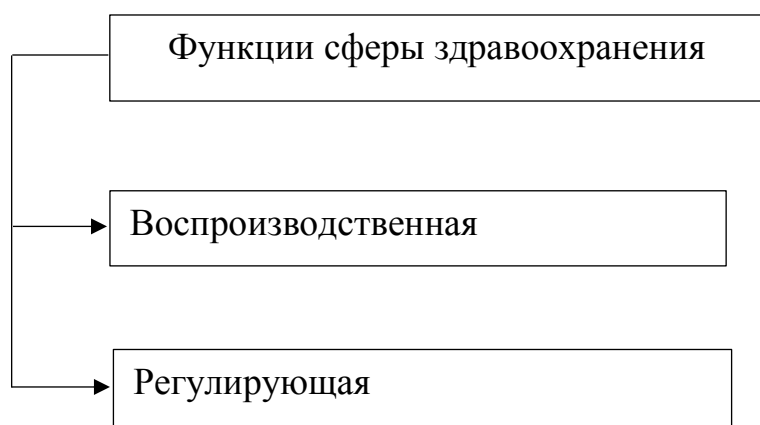


Рисунок 1 – Основные функции сферы здравоохранения

Рассмотрим подробнее указанные функции.

Воспроизводственная функция здравоохранения заключается в том, что одной из задач системы здравоохранения является воспроизводство населения страны. Кроме того, данная отрасль, как и любая другая, производит определенные виды благ. Классификация разнообразна, например, по характеру предоставления,

по содержанию, по конечному итогу. Следует различать: блага, заказчик которых отдален от непосредственного потребителя (бесплатные медицинские услуги) и финансируемые домохозяйствами (платная медицинская помощь); блага, которые способны дать экономический эффект (услуги, направленные на профилактику заболеваний с целью снижения риска временной нетрудоспособности) и социальный эффект (формирование мышления о здоровом образе жизни).

Регулирующая функция проявляется в следующем: система здравоохранения производит услуги определенного характера, объема, структуры и качества, поставляя их на рынок, тем самым принимая участие в регулировании параметров совокупного предложения. Для обеспечения жизнедеятельности данной структуры, увеличения масштабов, повышения качества услуг ей, как любой другой, необходимы ресурсы: инвестиционные, информационные, кадровые. Все это здравоохранение приобретает на рынке, участвуя, таким образом, в регулировании параметров совокупного спроса. Поэтому важнейшей задачей является обеспечение доступности медицинских услуг, которые осуществляются в рамках минимального социального стандарта любому жителю страны, и обеспечение населения качественными медицинскими услугами в достаточном количестве[4].

Данные функции могут выполняться разными медицинскими учреждениями. Государственное или муниципальное учреждение здравоохранения может быть автономным, бюджетным или казенным(рисунок 2).

Казенное учреждение создается в сфере управленческой деятельности (для исполнения государственных, муниципальных функций). Бюджетное и автономное учреждения создаются для выполнения государственных, муниципальных работ и оказания услуг. Основными в сфере здравоохранения являются бюджетные учреждения[12].



Рисунок 2 – Типы государственных(муниципальных) учреждений

Казенные учреждения – государственные (муниципальные) учреждения, которые перечисляют все доходы, полученные от приносящей деятельности, в бюджет. При этом казенное учреждение отвечает по своим обязательствам только находящимися в его распоряжении денежными средствами, полученными в рамках сметного финансирования. При недостаточности указанных денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам такого учреждения несет собственник его имущества.

Автономное учреждение – это тип муниципального учреждения, обладающего большей финансово-хозяйственной самостоятельностью и большой степенью ответственности за результаты своей деятельности. Оно избавляется от необходимости отчитываться перед государством по заработанным средствам, а также получает право распоряжаться всем своим имуществом, за исключением особо ценного. При этом государство избавляется от ответственности за такое учреждение[12].

Бюджетное учреждение – государственное (муниципальное) учреждение, финансовое обеспечение выполнения функций которого, в том числе по оказанию государственных (муниципальных) услуг физическим и юридическим лицам в соответствии с государственным (муниципальным) заданием, осуществляется за счет средств соответствующего бюджета на основе бюджетной сметы. При этом государственным (муниципальным) заданием является документ,

устанавливающий требования к составу, качеству и (или) объему, условиям, порядку и результатам оказания государственных (муниципальных) услуг.

В настоящее время применяется следующая классификация медицинских учреждений(рисунок 3).



Рисунок 3 – Учреждения здравоохранения

Больница – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания стационарной медицинской помощи больным.

Диспансеры – специализированные лечебно-профилактические учреждения, оказывающие медицинскую помощь населению из определенных групп заболеваний и обеспечивают диспансеризацию населения.

Амбулатория – амбулаторно-поликлиническое учреждение, оказывающее медицинскую помощь больным из одной или нескольких основных врачебных специальностей и может оказывать медицинскую помощь больным в пределах учреждения и дома.

Учреждения скорой медицинской помощи – учреждения, оказывающие круглосуточную экстренную медицинскую помощь при внезапных заболеваниях, угрожающих жизни больного.

Учреждения охраны материнства и детства – учреждения, оказывающие профилактическую, лечебную и реабилитационную помощь матери и ребенку.

Санаторно–курортные учреждения – лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для лечения, профилактики и медицинской реабилитации, с использованием природных лечебных физических факторов в сочетании с искусственными факторами, лечебной физкультурой, лечебным питанием и другими методами в условиях специально организованного режима.

Центры – это специальные лечебно-профилактические заведения, в которых больным той или иной патологией оказывается полный спектр медицинских услуг: диагностика, лечение, реабилитация после перенесенных болезней.

Лаборатории – учреждений, предназначенные для проведения различных медицинских исследований.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека имеет территориальные Управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации.

В структуре Роспотребнадзора находится Федеральный Центр гигиены и эпидемиологии с территориальными учреждениями по субъектам РФ, которые обеспечивают деятельность Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Кроме того, к Роспотребнадзору относится множество научно-исследовательских институтов, противочумных и дезинфекционных станций, ведомственные санитарно-эпидемиологические службы.

Функции Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека:

1) осуществляет контроль за соблюдением правил продажи отдельных, предусмотренных законодательством товаров, выполнения работ, оказания услуг; санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу РФ;

2) выдает лицензии на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний; деятельности в области использования источников ионизирующих излучений;

3) регистрирует лиц, пострадавших от радиационного воздействия и подвергшихся радиационному облучению в результате чернобыльской и других радиационных катастроф;

4) устанавливает причины и источники возникновения и распространения инфекционных заболеваний;

5) организует деятельность централизованных органов (центров) государственного санитарно-эпидемиологического надзора во главе с главным санитарным врачом РФ.

Итак, сфера здравоохранения выполняет 2 основные функции: воспроизводственная и регулирующая, которые могут выполняться разными медицинскими учреждениями. Медицинские учреждения делятся на лечебно-профилактические учреждения, медицинские учреждения особого типа и

медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

1.2 Источники и инструменты финансирования учреждений сферы здравоохранения

Существуют различные источники финансирования учреждений сферы здравоохранения(рисунок 4).

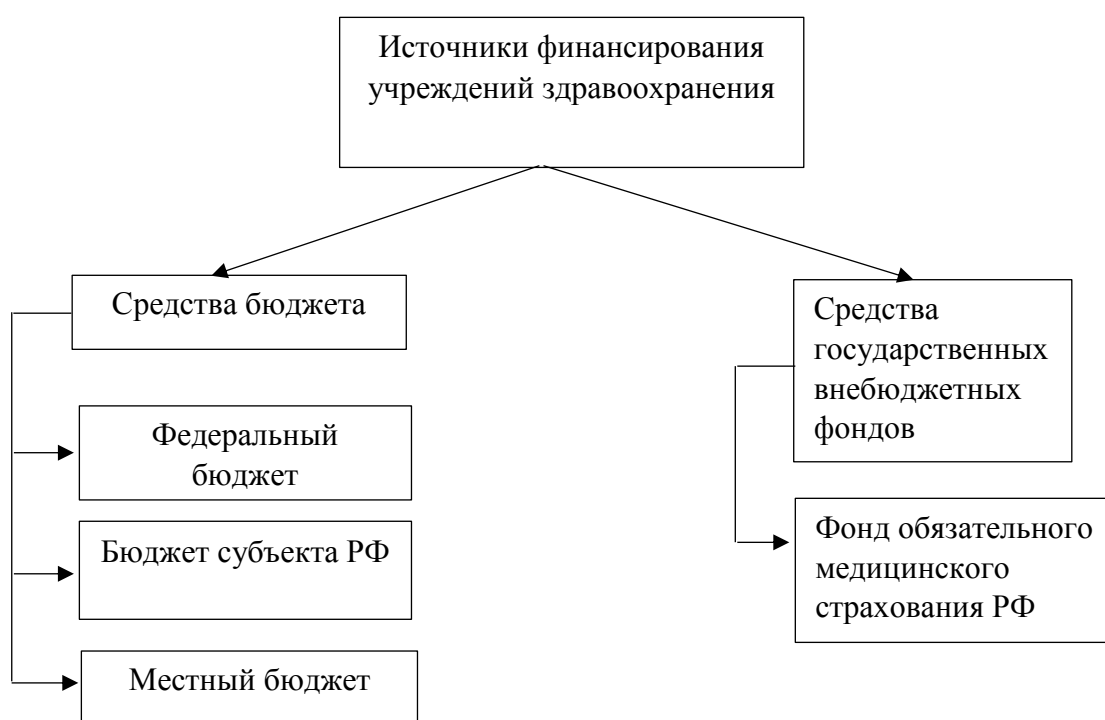


Рисунок 4 – Источники финансирования учреждений здравоохранения

Финансирование учреждений в сфере здравоохранения осуществляется по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Источниками финансового обеспечения программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере

охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики[3].

Базовая программа обязательного медицинского страхования утверждается Правительством РФ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющей виды и условия предоставления гражданам РФ медицинской помощи, финансируемой за счет бюджетных ассигнований всех бюджетов бюджетной системы РФ и средств бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования.

Потребности в финансовых средствах на осуществление медицинского страхования граждан определяются на основании утверждаемых в базовой программе обязательного медицинского страхования нормативов объемов

медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

При реализации программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

2. за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

3. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

4. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

5. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

6. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, являются:

– удельный вес объема специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной жителям, проживающим за пределами субъекта Российской Федерации, в котором расположена федеральная медицинская организация, в общем объеме медицинской помощи, оказанной этой медицинской организацией;

– удельный вес расходов на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в общем объеме расходов федеральной медицинской организации;

– доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях[3].

Источником финансирования учреждений сферы здравоохранения также является Фонд обязательного медицинского страхования. Схема финансирования медицинских учреждений через Фонд обязательного медицинского страхования представлена на рисунке 5.

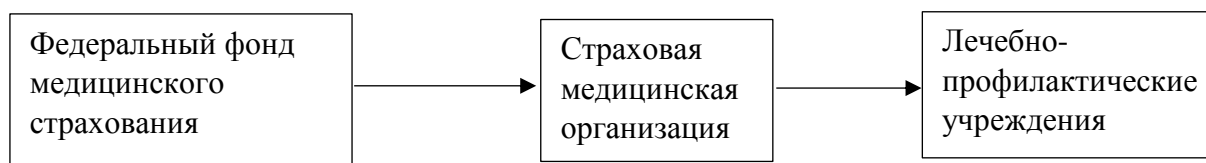


Рисунок 5 – Схема финансирования Фондом обязательного медицинского страхования лечебно-профилактических учреждений

Фонд обязательного медицинского страхования передает средства страховой медицинской организации на финансовое обеспечение лечебно-профилактических учреждений.

Фонд обязательного медицинского страхования представляет собой одну из разновидностей внебюджетных государственных фондов. Он создается в государственно-установленном порядке посредством нормативных отчислений из фонда оплаты труда любых организаций. Обязательное медицинское страхования

представляет собой перераспределение денежных средств, при котором часть средств, заработанных трудовыми коллективами, работниками, изымается из ресурсов оплаты труда и направляется во внебюджетный фонд обязательного медицинского страхования. В последующем эти денежные средства передаются лечебно-профилактическим учреждениям в виде оплаты оказываемых ими населению медицинских услуг[22].

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения уплачиваются исходя из тарифа страхового взноса в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в размере.

Страховые взносы = Страховой тариф * Фонд оплаты труда.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения уплачиваются из бюджета субъектов РФ. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа, коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период. (Тариф страхового взноса = тариф*коэффициент дифференциации*коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг).

Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения учитывает финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой установлены базовой программой обязательного медицинского страхования.

Фонд обязательного медицинского страхования выполняет следующие основные функции:

1. Осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

2. Разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на обязательное медицинское страхование;

3. Осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумуляцию финансовых средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

4. Выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, в том числе на безвозвратной и возвратной основе, для выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет аккумуляцию финансовых средств для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования, выравнивание финансовых условий деятельности территориальный фонд обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования путем направления территориальным фондам обязательного медицинского страхования финансовых средств на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования[29].

Расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществляется исключительно на цели, определенные законодательством, регламентирующим его деятельность, в соответствии с бюджетом, утвержденным федеральным законом.

Страховые медицинские организации относятся к участникам обязательного медицинского страхования, без которых система обязательного медицинского страхования не может функционировать. Они выполняют важные функции, среди которых определяющими являются финансирование медицинских организаций, контроль качества медицинской помощи, защита прав и законных интересов застрахованных лиц. Страховые медицинские организации обязаны осуществлять контроль за объемом и качеством предоставляемой медицинской помощи.

Контроль проводится экспертами страховых медицинских организаций в лечебно-профилактических учреждениях.

Страховые медицинские организации ведут отдельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования и поступают в лечебно-профилактические учреждения.

Средства, поступившие в лечебно-профилактические учреждения, используются ими строго по целевому назначению.

Инструменты финансирования учреждений сферы здравоохранения представлены на рисунке 6.

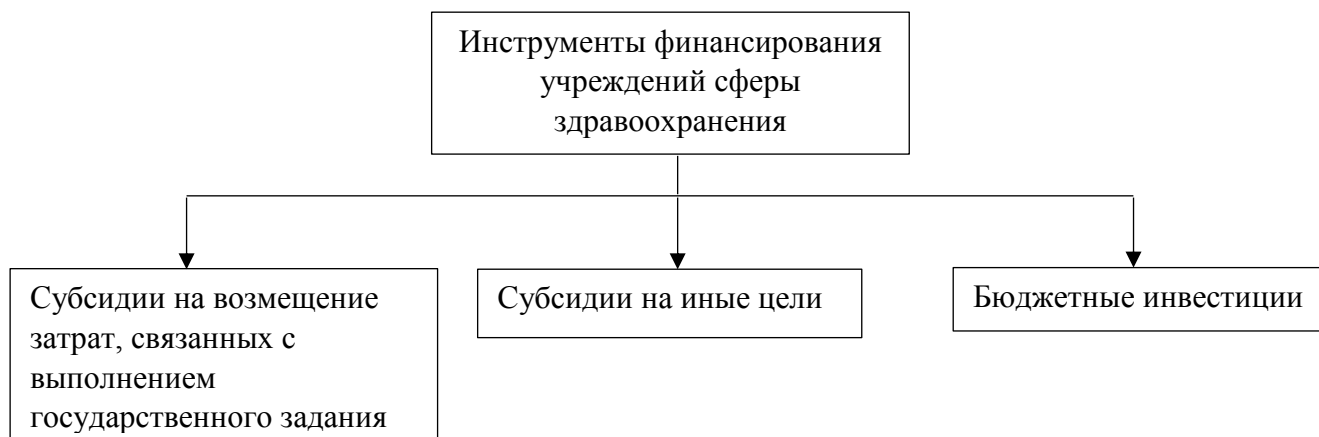


Рисунок 6 – Инструменты финансирования учреждений сферы здравоохранения

1. Субсидии на возмещение затрат, связанных с выполнением государственного задания. Выделяют следующие затраты на выполнение государственных (муниципальных) услуг:

1. Нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием государственной услуги (нормативные затраты на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда персонала, принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги; нормативные затраты на приобретение

материальных запасов; иные нормативные затраты, непосредственно связанные с оказанием государственной услуги).

2. Нормативные затраты на общехозяйственные нужды. Включают затраты, которые невозможно отнести к нормативным затратам, непосредственно связанным с оказанием государственной услуги и нормативным затратам на содержание имущества (нормативные затраты на коммунальные услуги; нормативные затраты на содержание объектов недвижимого имущества; нормативные затраты на содержание объектов особо ценного движимого имущества, закрепленного за учреждением).

3. Нормативные затраты на содержание имущества (на потреблении электроэнергии и тепловой энергии; на уплату налога на имущество и земельного налога).

В соответствии с частью 15 статьи 30 Федерального закона № 83-ФЗ расходы бюджетных учреждений, источником финансового обеспечения которых являются субсидии на возмещение нормативных затрат, осуществляются без представления по месту открытия соответствующего лицевого счета: в территориальный орган Федерального казначейства, финансовый орган субъекта Российской Федерации (муниципального образования), документов, подтверждающих возникновение денежных обязательств.

Неиспользованные в текущем финансовом году остатки средств, предоставленных бюджетным учреждениям из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации (остатки субсидий на возмещение нормативных затрат), используются в очередном финансовом году на те же цели (пункт 17 статьи 30 Федерального закона № 83-ФЗ).

2. Субсидии на иные цели. Целевая субсидия позволяет финансировать любую потребность учреждения, не отнесенную к нормативным затратам по оказанию государственной услуги. К затратам, финансируемым путем предоставления субсидии на иные цели можно отнести:

- затраты на осуществление капитального ремонта и приобретение основных средств, не включаемые в нормативные затраты, связанные с выполнением государственного (муниципального) задания,
- затраты на возмещение ущерба в случае чрезвычайной ситуации,
- затраты на организацию разовых мероприятий, проводимых в рамках долгосрочных и ведомственных целевых программ, не включаемые в государственное (муниципальное) задание,
- иные затраты, не включаемые в нормативные затраты, связанные с выполнением государственного (муниципального) задания, а также не относящиеся к бюджетным инвестициям и публичным обязательствам перед физическим лицом, подлежащим исполнению в денежной форме.

Расходы бюджетных учреждений, источником финансового обеспечения которых являются целевые субсидии, осуществляются после проверки документов, подтверждающих возникновение денежных обязательств, и соответствия содержания операции кодам классификации операций сектора государственного управления (КОСГУ) и целям предоставления субсидии в соответствии с порядком санкционирования указанных расходов, установленным соответствующим финансовым органом (п. 16 ст. 30 ФЗ № 83-ФЗ). Остатки средств, неиспользованные в текущем финансовом году подлежат перечислению в соответствующий бюджет, а также могут быть возвращены в очередном финансовом году при наличии потребности в направлении их на те же цели в соответствии с решением соответствующего главного распорядителя бюджетных средств.

3. Бюджетные инвестиции – средства на увеличение стоимости государственного (муниципального) имущества. Возможность осуществления бюджетных инвестиций в объекты капитального строительства в форме капитальных вложений в основные средства государственных (муниципальных) учреждений допускается согласно ст.79 Бюджетного кодекса РФ. При этом предоставление бюджетных инвестиций бюджетному учреждению влечет

соответствующее увеличение стоимости основных средств, находящихся на праве оперативного управления бюджетного учреждения[18].

Итак, источниками финансового обеспечения учреждений в сфере здравоохранения являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, а инструментами выступают субсидии на возмещение затрат, связанных с выполнением государственного задания, субсидии на иные цели и бюджетные инвестиции.

2 АНАЛИЗ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕГИОНЕ(НА ПРИМЕРЕ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1 Анализ обеспеченности населения региона услугами сферы здравоохранения

Обеспеченность населения Челябинской области услугами сферы здравоохранения определяется количеством лечебно-профилактических учреждений, функционирующих в данной области, а также численностью медицинских работников, обслуживающих население и объемом оказанной высокотехнологичной медицинской помощи.

Для определения обеспеченности населения Челябинской области услугами сферы здравоохранения сначала проанализируем число лечебно-профилактических учреждений, функционирующих на территории Челябинской области (таблица 1).

Таблица 1 – Число лечебно-профилактических учреждений в Челябинской области

Медицинские учреждения, ед.	2014г	2015г	2016г	Темпы роста, %	
				2015г/2014г	2016г/2014г
Лечебно-профилактические учреждения, в том числе:	658	813	785	123,6%	119,3%
Больничные учреждения	138	137	141	99,3%	102,2%

Амбулаторно-поликлинические учреждения	294	455	452	154,8%	153,7%
Учреждения скорой медицинской помощи	44	44	44	100%	100%

Окончание таблицы 1

Медицинские учреждения, ед.	2014г	2015г	2016г	Темпы роста, %	
				2015г/2014г	2016г/2014г
Санаторно-курортные учреждения	182	177	148	97,3%	81,3%

В Челябинской области услуги в сфере здравоохранения населению оказывают более 600 лечебно-профилактических учреждений, в том числе больничные учреждения, амбулаторно-поликлинические учреждения, учреждения скорой медицинской помощи и санаторно-курортные учреждения.

Темпы роста всех лечебно-профилактических учреждений Челябинской области за 2014 – 2016гг представлены на рисунке 7.

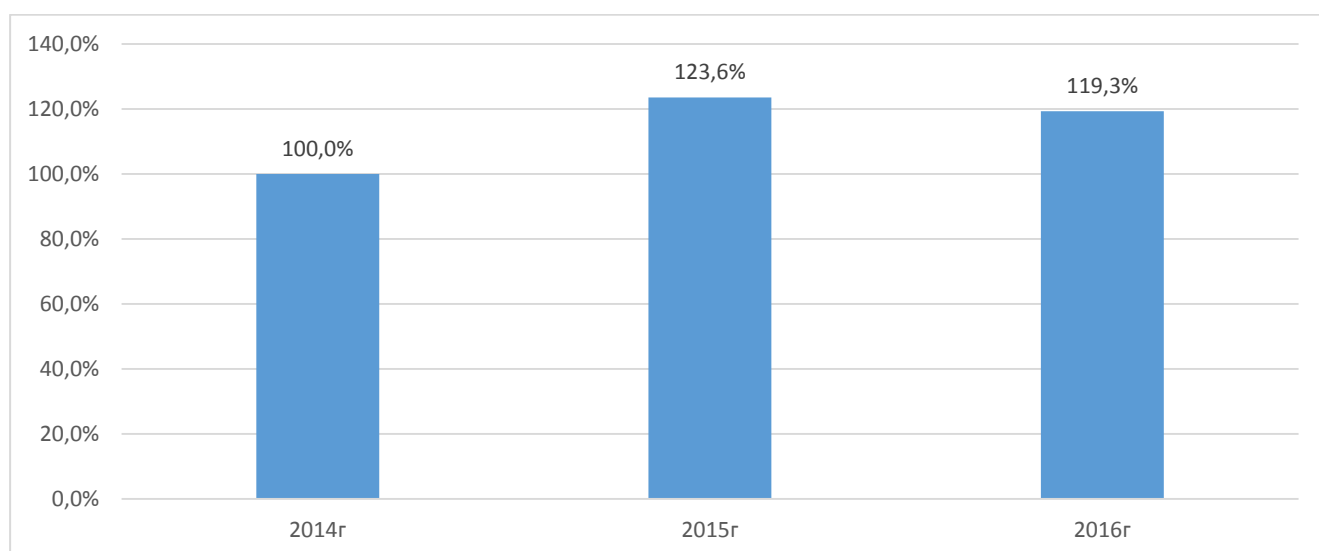


Рисунок 7 – Динамика лечебно-профилактических учреждений

Из данного графика видно, что в течении 3 лет число лечебно-профилактических учреждений в среднем увеличилось на 20%. Это может быть связано с реализацией программы «Развитие здравоохранения Челябинской области», по которой предполагается увеличение медицинских учреждений, оказывающих медицинские услуги населению.

Структура лечебно-профилактических учреждений Челябинской области в долях представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Структура лечебно-профилактических учреждений

в процентах

Структура лечебно-профилактических учреждений	2014г	2015г	2016г
Больничные учреждения	21%	17%	18%
Амбулаторно-поликлинические учреждения	45%	56%	58%
Учреждения скорой медицинской помощи	7%	5%	6%
Санаторно-курортные учреждения	28%	22%	19%

Структура лечебно-профилактических учреждений за 2014г представлена на рисунке 8.

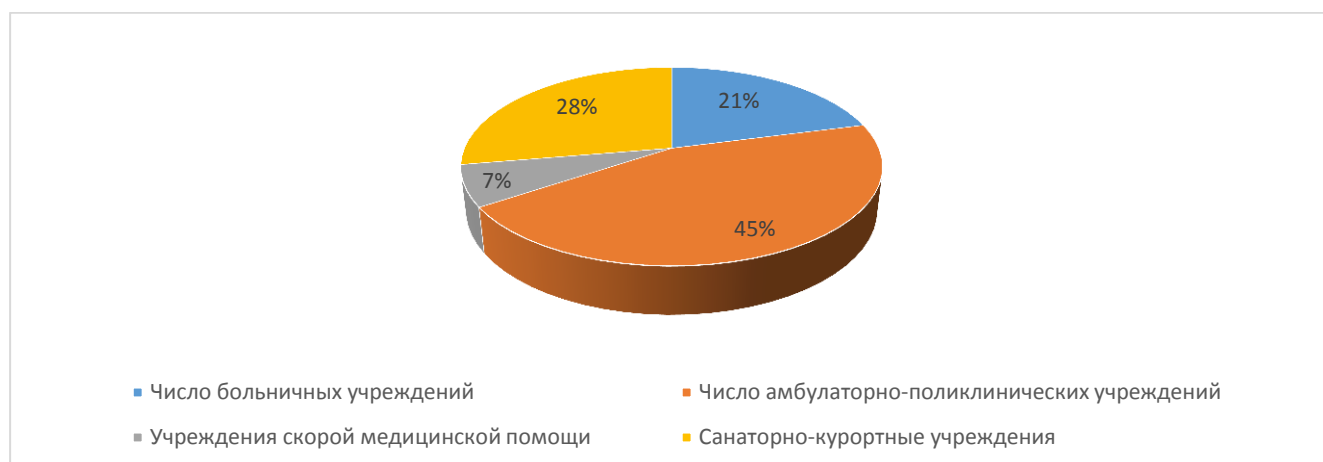


Рисунок 8 – Структура лечебно-профилактических учреждений за 2014г

По структуре лечебно-профилактических учреждений за 2014г можно увидеть, что распределение медицинских учреждений по долям получилось следующее: больничные учреждения – 21%, амбулаторно-поликлинические учреждения – 45%, учреждения скорой медицинской помощи – 7%, санаторно-курортные учреждения – 28%.

Структура лечебно-профилактических учреждений за 2015г представлена на рисунке 9.

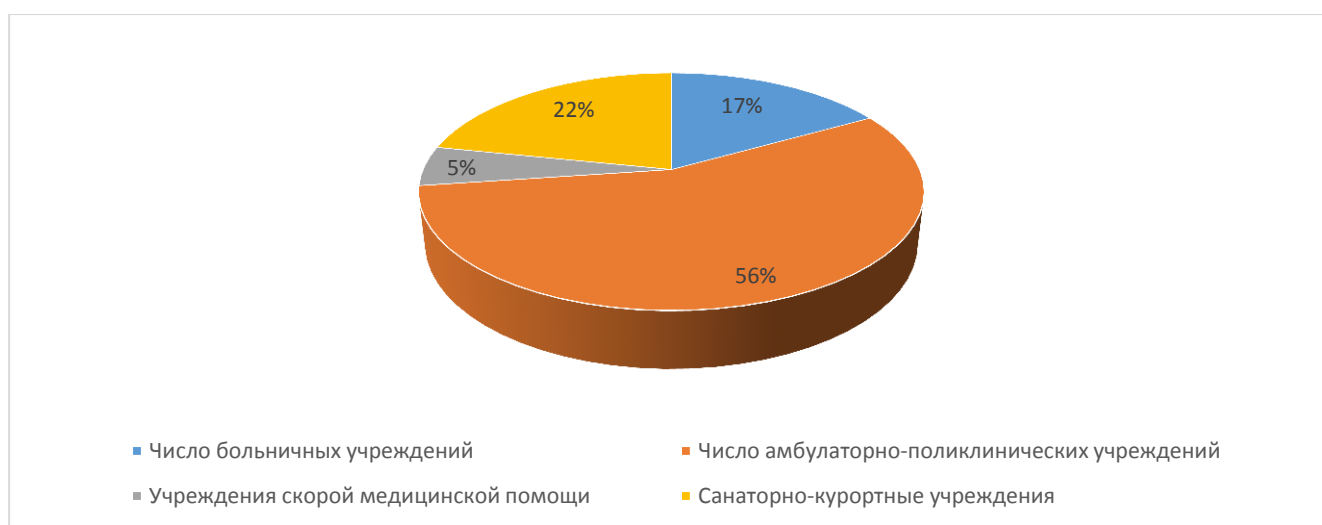


Рисунок 9 – Структура лечебно-профилактических учреждений за 2015г

Распределение медицинских учреждений по долям в 2015г имеет следующие значения: больничные учреждения – 17%, амбулаторно-поликлинические учреждения – 56%, учреждения скорой медицинской помощи – 5% и санаторно-курортные учреждения – 22%.

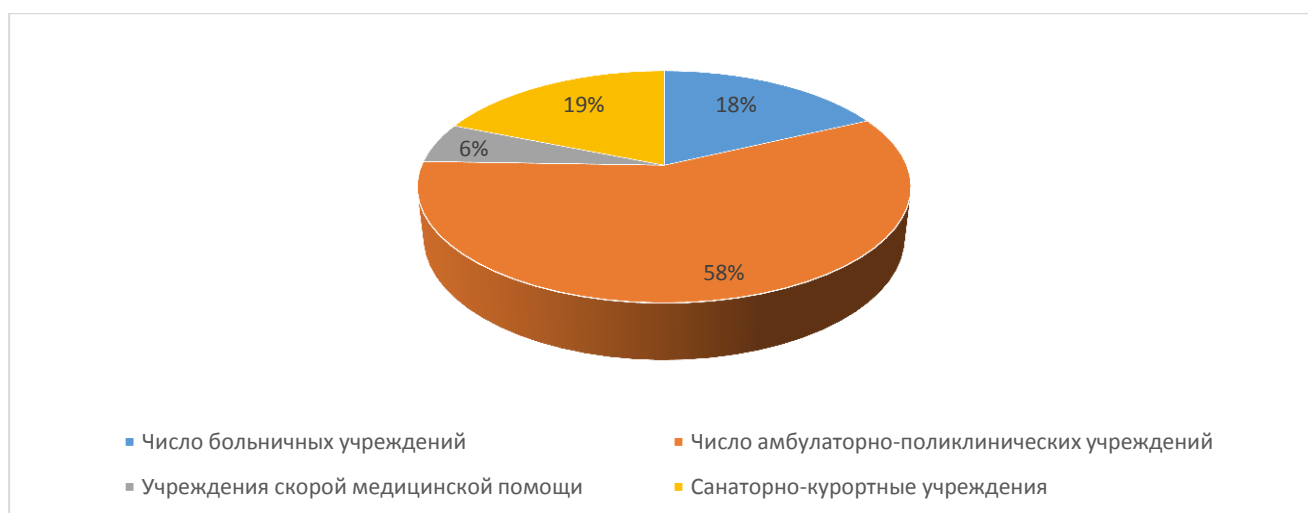


Рисунок 10 – Структура лечебно-профилактических учреждений за 2016г

В 2016 году структура медицинских учреждений Челябинской области остается практически неизменной. Долевое соотношение медицинских учреждений в 2016 году следующее: больничные учреждения – 18%, амбулаторно-поликлинические учреждения – 58%, учреждения скорой медицинской помощи – 6% и санаторно-курортные учреждения – 19%. Структура лечебно-профилактических учреждений за 2016г представлена на рисунке 10.

В течении 3 лет структура лечебно-профилактических учреждений оставалась неизменной, то есть наибольшую часть составляли амбулаторно-поликлинические учреждения(53%), а наименьшую часть составляли учреждения скорой медицинской помощи(5%). Это связано с тем, что все больше людей обращаются за помощью именно в поликлиники.

Далее рассмотрим обеспеченность населения медицинскими работниками. Обеспеченность системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами является важнейшим условием обеспечения доступности и качества медицинской помощи.

Обеспеченность населения Челябинской области медицинскими работниками в расчете на 1 жителя представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Обеспеченность населения Челябинской области медицинскими работниками

Обеспеченность населения Челябинской области медицинскими работниками на 1 жителя, человек	2014г	2015г	2016г
Обеспеченность врачами	0,004	0,004	0,004
Обеспеченность средним медицинским персоналом	0,01	0,01	0,01

Данный показатель остается неизменным и составляет 0,004 врача и 0,01 среднего медицинского работника на 1 жителя. Это очень низкий показатель, который указывает на нехватку медицинских кадров в лечебно-профилактических учреждениях Челябинской области.

В медицинских учреждениях Челябинской области работает более 50 000 медицинских работников. Исходные данные представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Численность медицинских работников в лечебно-профилактических учреждениях Челябинской области

Медицинский персонал, человек	2014г	2015г	2016г	Темпы роста, %	
				2015г/2014г	2016г/2014г
Численность медицинских работников, в том числе:	51 303	50 784	50 628	99,0%	98,7%
Численность врачей	14 866	13 784	14 126	92,7%	95,0%
Численность среднего медицинского персонала	36 437	37 000	36 502	101,5%	100,2%

Темпы роста численности медицинских работников представлены на рисунке 11.

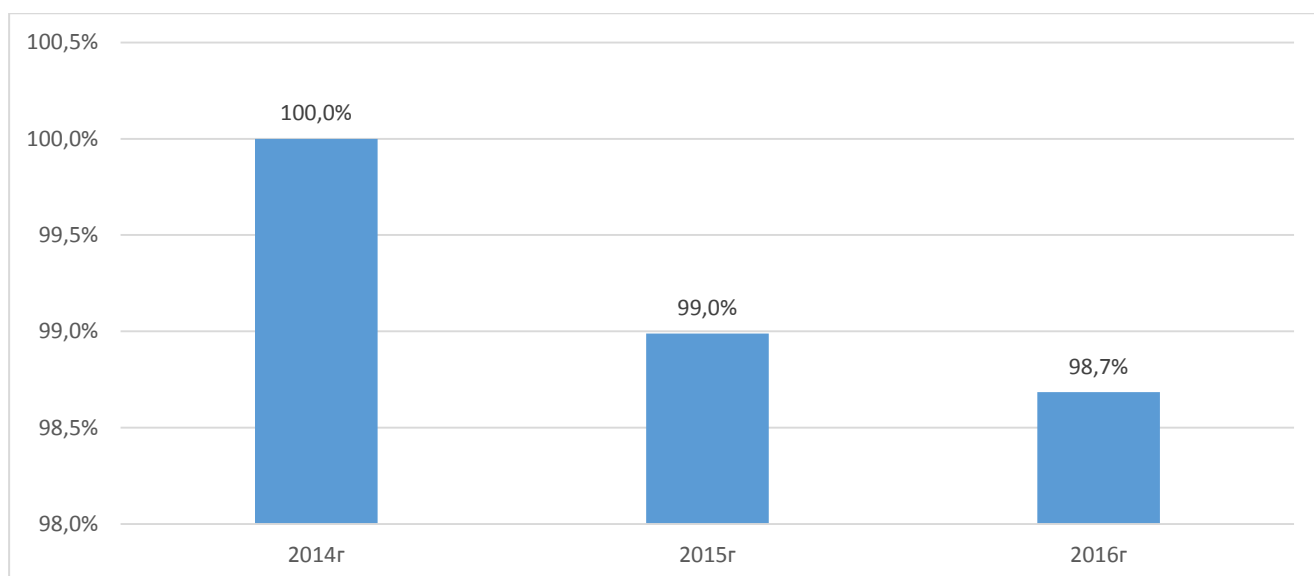


Рисунок 11 – Динамика численности медицинских работников

Общая численность медицинского персонала в течении 3 лет сокращалась на 1%.

Темпы роста численности врачей представлены на рисунке 12.

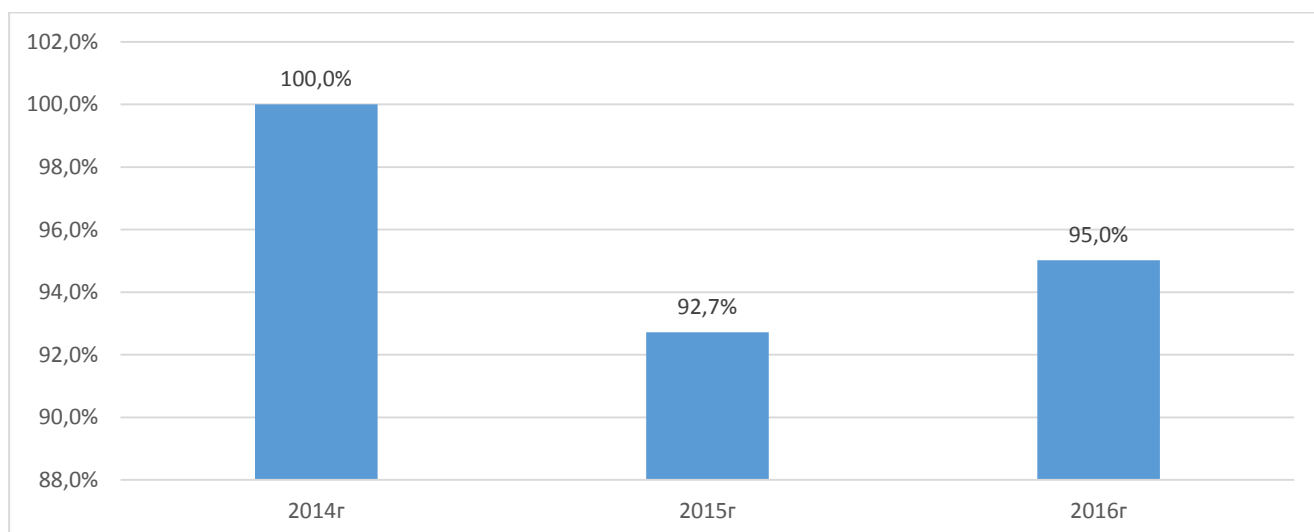


Рисунок 12 – Динамика численности врачей

В частности, численность врачей медицинских учреждений Челябинской области составляет более 14 000 человек. С 2014г по 2016г численность врачей в Челябинской области сокращалось на 5-6%.

Темпы роста численности среднего медицинского персонала представлены на рисунке 13.

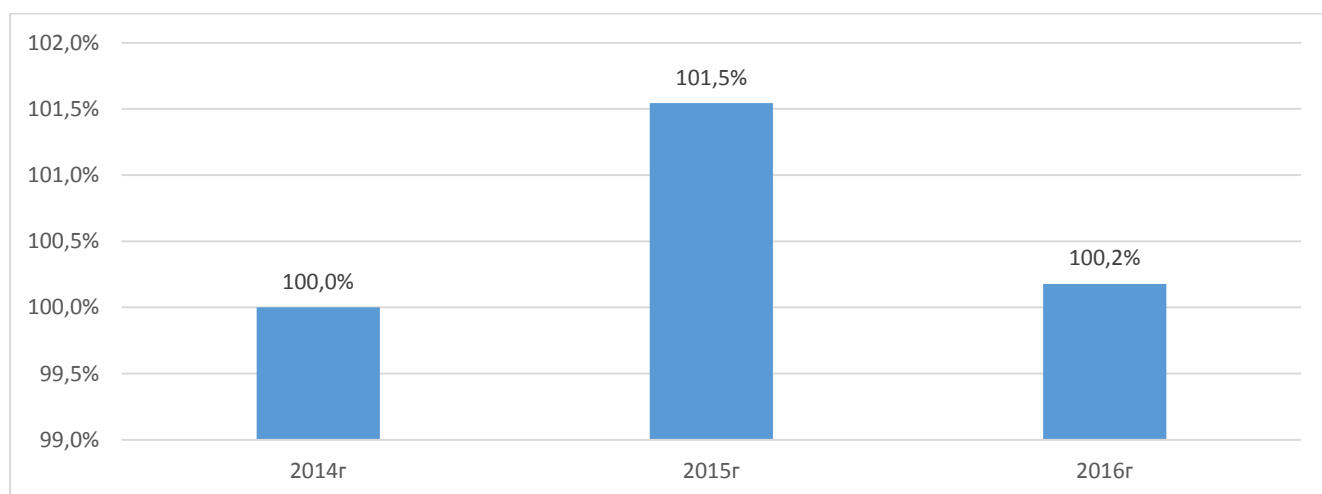


Рисунок 13 – Динамика численности среднего медицинского персонала

Численность среднего медицинского персонала в Челябинской области больше численности врачей в 2 раза. Также в численности среднего медицинского персонала наблюдается положительная динамика: увеличение на 1,5% в 2015г и на 0,2% в 2016г по отношению к 2014г.

Рассматривая структуру медицинских работников Челябинской области, можно сказать, что численность среднего медицинского персонала составляет 72% от общего числа медицинских работников(таблица 5).

Таблица 5 – Структура медицинских работников

в процентах

Структура медицинских работников	2014г	2015г	2016г
Численность медицинских работников	100%	100%	100%
Численность врачей	29%	27%	28%
Численность среднего медицинского персонала	71%	73%	72%

Удельный вес различных категорий медицинских работников за 2014г представлена на рисунке 14.

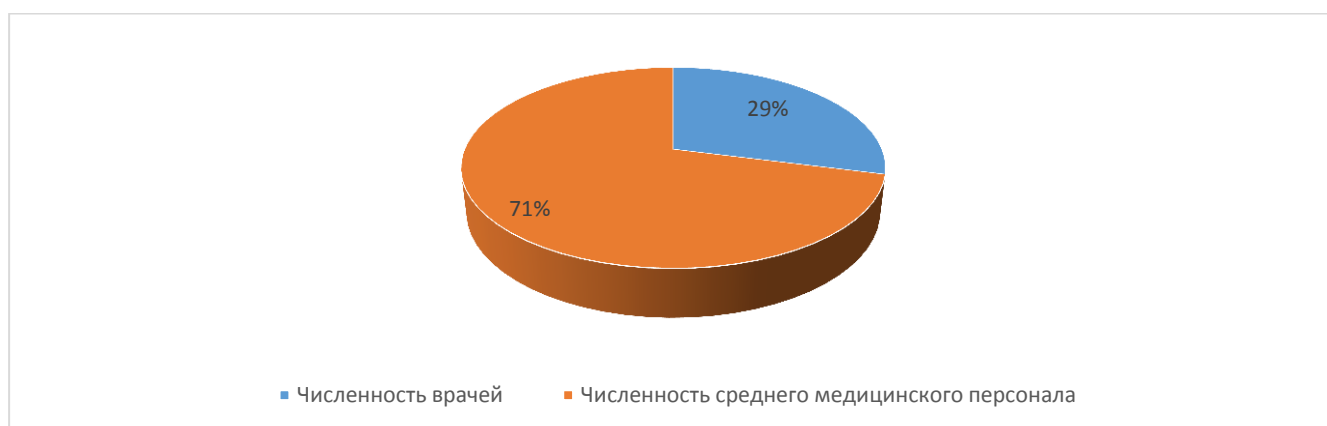


Рисунок 14 – Удельный вес различных категорий медицинских работников за 2014г

По структуре медицинских работников за 2014г можно увидеть, что численность врачей в долях составляет 29%, а численность среднего медицинского персонала – 71%.

Удельный вес различных категорий медицинских работников за 2015г представлена на рисунке 15.

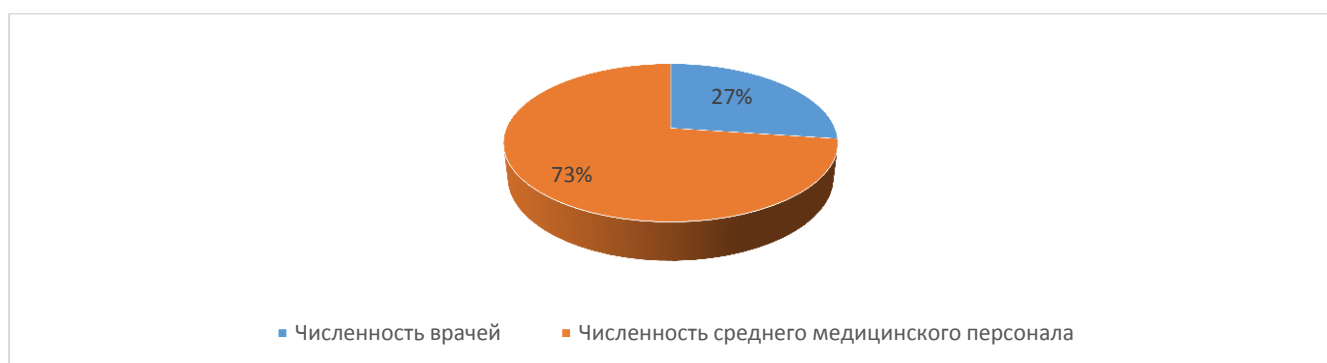


Рисунок 15 – Удельный вес различных категорий медицинских работников за 2015г

Распределение медицинских работников в долях за 2015г имеет следующие значения: численность врачей – 27%, численность среднего медицинского персонала – 73%.

Удельный вес различных категорий медицинских работников за 2016г представлена на рисунке 16.

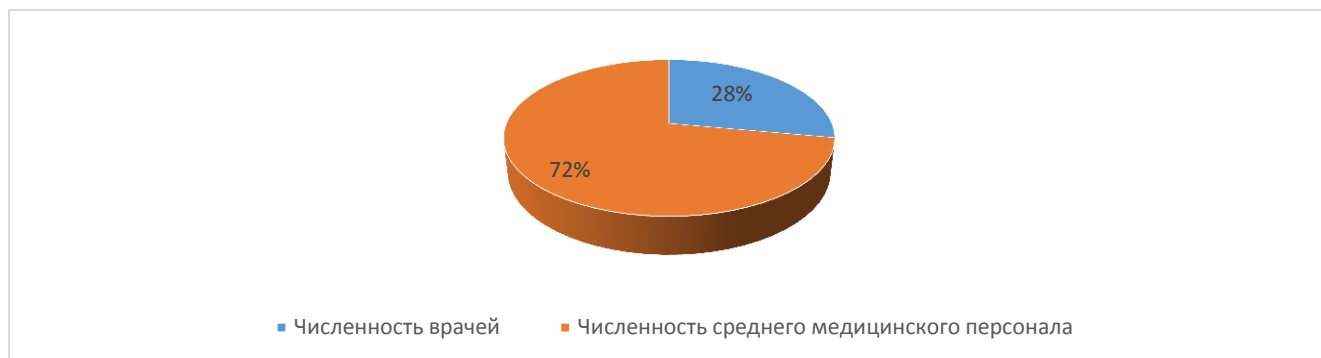


Рисунок 16 – Удельный вес различных категорий медицинских работников за 2016г

В 2016 году структура медицинских работников в Челябинской области остается практически неизменной. Долевое соотношение составляет: 28% – численность врачей и 72% – численность среднего медицинского персонала.

С 2014г по 2016г структура медицинских работников лечебно-профилактических учреждений в Челябинской области была практически неизменна. В настоящее время в Челябинской области на 1 врача приходится 1-2 человек среднего медицинского персонала, когда как в норме соотношение должно быть 1 к 3, а в некоторых направлениях медицины – 1 к 6-8.

Сокращение медицинских работников в Челябинской области может быть связано с низкой заработной платой в данной сфере.

Рассмотрим заработную плату врачей и среднего медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях Челябинской области. Данные представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Заработная плата медицинских работников

Заработная плата медицинских работников, рублей	2014г	2015г	2016г	Темпы роста, %	
				2015г/2014г	2016г/2014г

Зарботная плата врачей	37 114,14	42 278,6	43 814,20	113,9%	118,1%
Зарботная плата среднего медицинского персонала	20 825,46	22 482,4	23 691,50	108,0%	113,8%

Далее представим темпы роста зарботной платы врачей за 2014-2016гг на рисунке 17.

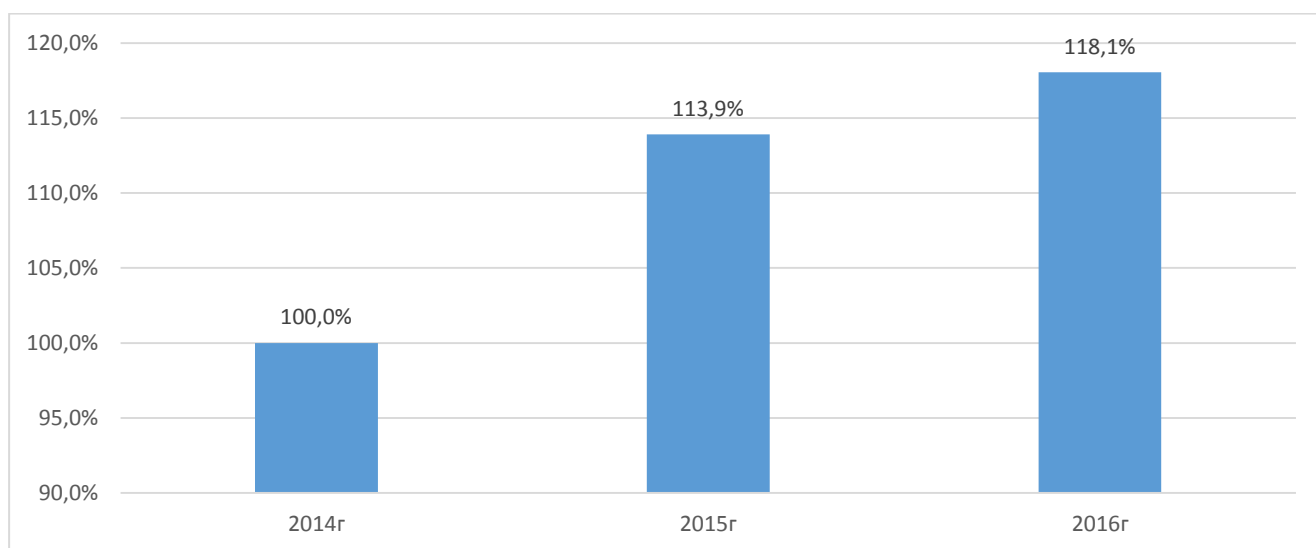


Рисунок 17 – Динамика зарботной платы врачей

Зарботная плата врачей имеет положительную динамику. В течении 3 лет наблюдается увеличение в среднем на 16%. Это связано с реализацией программой поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях.

Темпы роста зарботной платы среднего медицинского персонала представлены на рисунке 18.

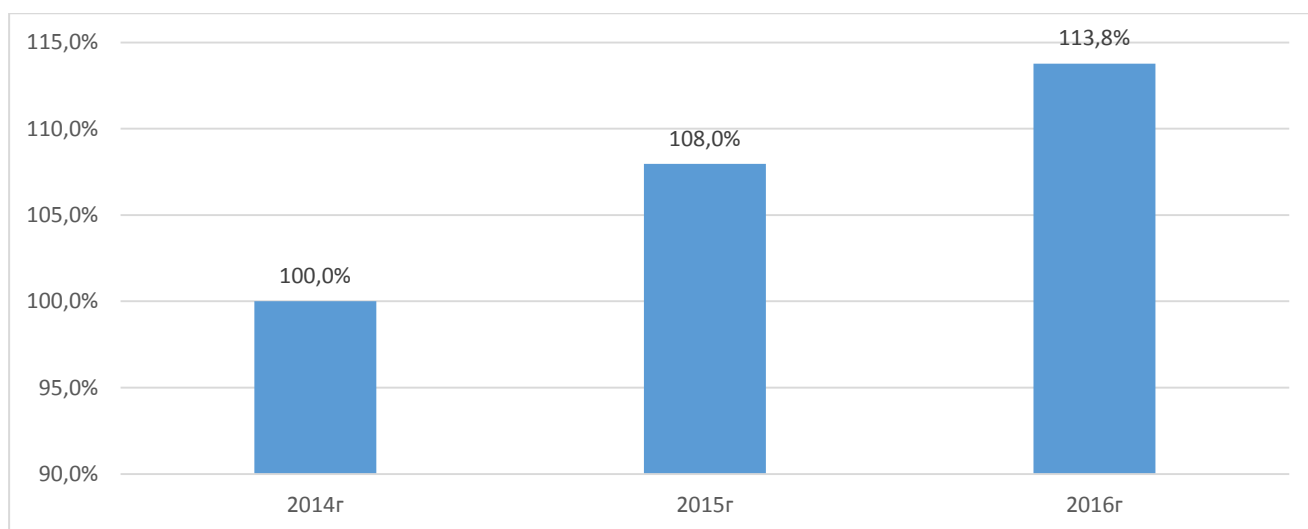


Рисунок 18 – Динамика заработной платы среднего медицинского персонала

Зарботная плата среднего медицинского персонала также имеет положительную динамику. Наблюдается увеличение на 8% в 2015г и на 13,8% в 2016г по отношению к 2014г. Это может быть связано с привлечением абитуриентов в медицинские колледжи и училища.

Обеспеченность населения Челябинской области медицинскими работниками в расчете на 1 жителя представлена в таблице 6.

Далее проанализируем число обратившихся за медицинской помощью в медицинские учреждения Челябинской области.

Таблица 7 – Число обратившихся за медицинской помощью в медицинские учреждения Челябинской области

Число обратившихся в лечебно-профилактические учреждения, в том числе:	2014г	2015г	2016г	Темпы роста, %	
				2015г/2014г	2016г/2014г
Амбулаторно-поликлинические учреждения	1 206 382	1 188 273	1 429 012	98,5%	118,5%
Больничные учреждения	417 923	452 154	478 016	108,2%	114,4%
Учреждения скорой медицинской помощи	622 744	679 284	774 529	109,1%	124,4%

Итого	2 247 049	2 319 711	2 681 557	103,2%	119,3%
-------	-----------	-----------	-----------	--------	--------

Число обратившихся за медицинской помощью в медицинские учреждения Челябинской области в период с 2014г по 2016г в среднем составляет 2 416 105 человек.

Темпы роста числа обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения представлены на рисунке 19.

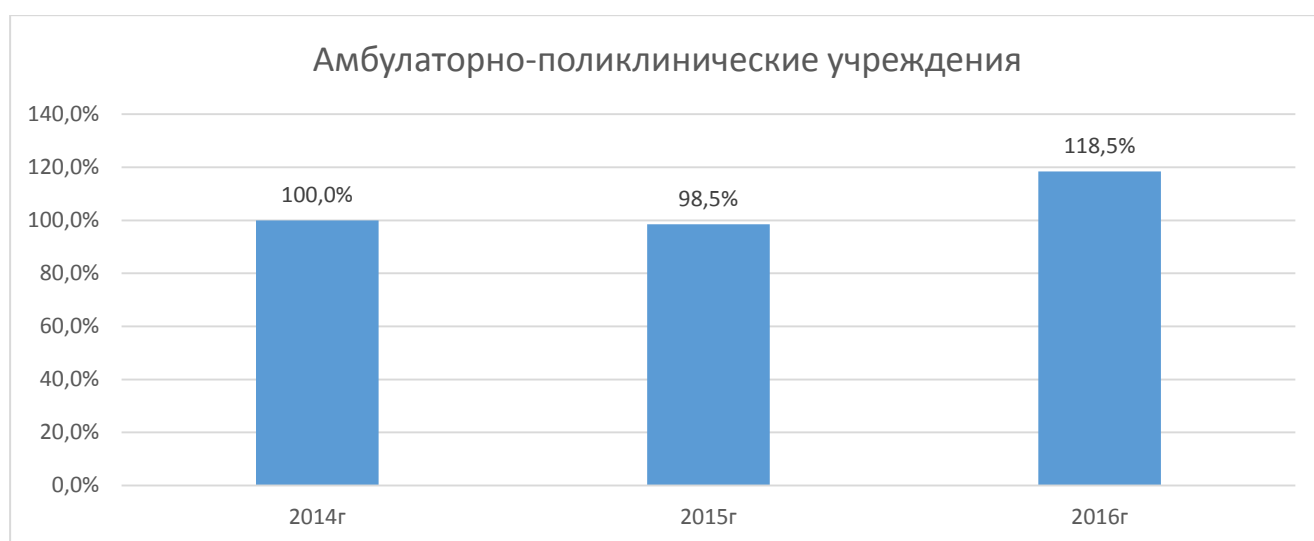


Рисунок 19 – Динамика числа обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения

В период с 2014г по 2016г число обратившихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения имело как отрицательную, так и положительную динамику. В частности, в 2015г данное число сократилось на 1,5%, а в 2016г увеличилось на 18,5%.

Темпы роста числа обратившихся в больничные учреждения представлены на рисунке 20.

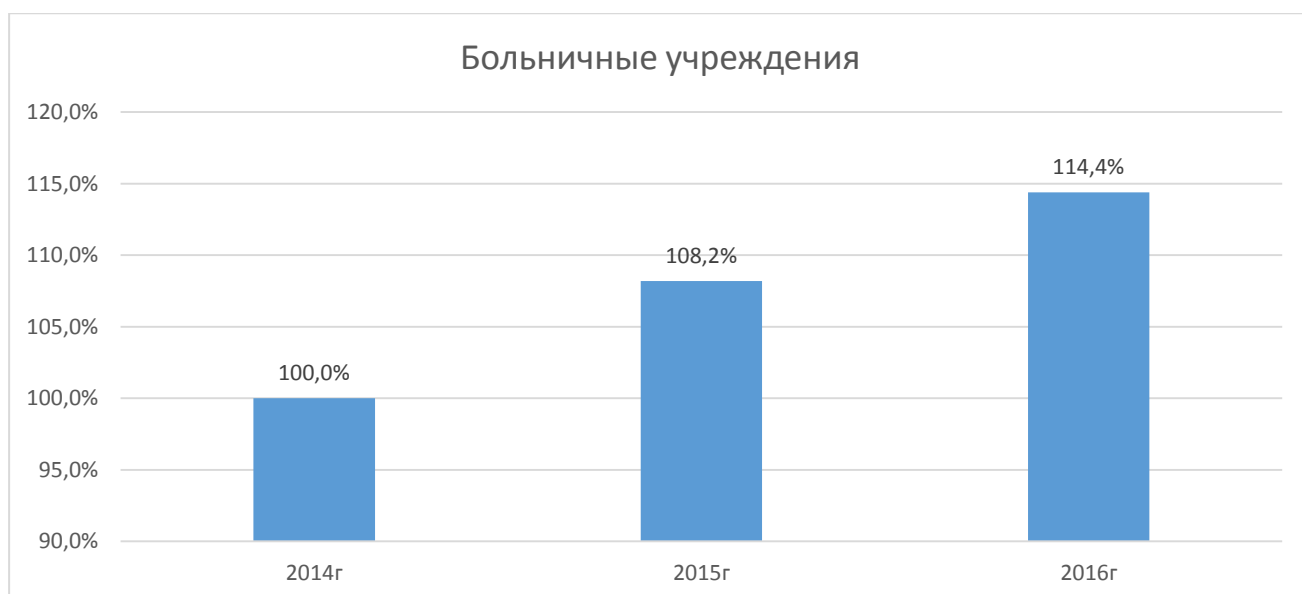


Рисунок 20 – Динамика числа обратившихся в больничные учреждения

Число обратившихся за медицинской помощью в больничные учреждения Челябинской области с 2014г по 2016г имеет положительную динамику. В 2015г данный показатель увеличился на 8,2% и на 14,4% в 2016г по отношению к 2014г.

Темпы роста числа обратившихся в учреждения скорой медицинской помощи представлены на рисунке 21.

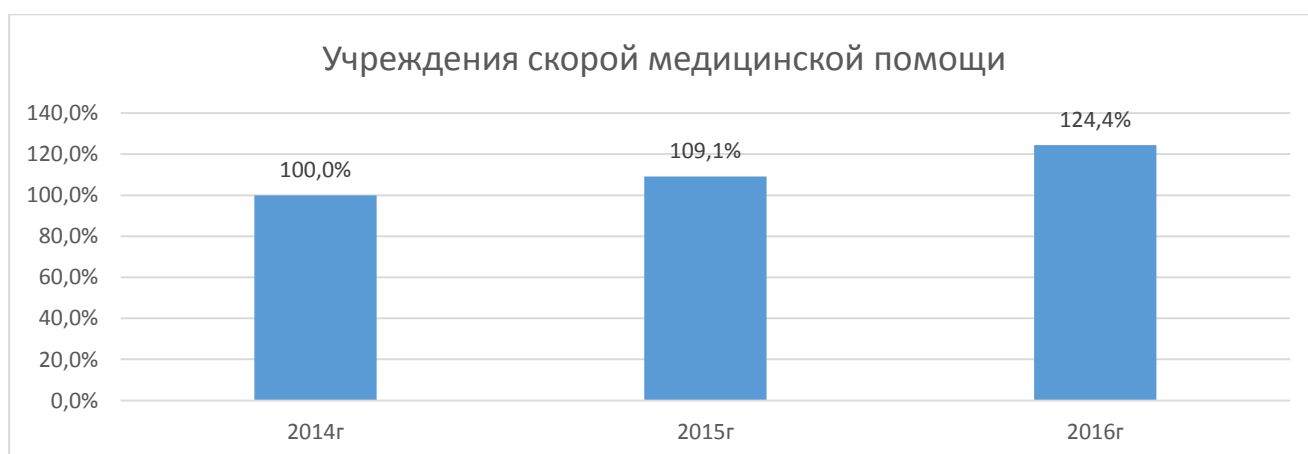


Рисунок 21 – Динамика числа обратившихся в учреждения скорой медицинской помощи

Также положительную динамику имеет число обратившихся в учреждения скорой медицинской помощи. В 2015г данное число увеличилось на 9,1%, а в 2016г – на 24,4%.

По итогам анализа можно сделать следующие выводы.

В период с 2014г по 2016г число лечебно-профилактических учреждений в среднем увеличилось на 20%.

В течении 3 лет структура лечебно-профилактических учреждений оставалась неизменной, то есть наибольшую часть составляли амбулаторно-поликлинические учреждения(53%), а наименьшую часть составляли учреждения скорой медицинской помощи(5%). Это связано с тем, что все больше людей обращаются за помощью именно в поликлиники.

Общая численность медицинского персонала в течении 3 лет в среднем сокращалась на 1%.

С 2014г по 2016г структура медицинских работников лечебно-профилактических учреждений в Челябинской области была практически неизменна и в долевом соотношении составляла 72% врачей и 28% среднего медицинского персонала.

В течении 3 лет наблюдается увеличение заработной платы врачей в среднем на 16%, что связано с реализацией программ поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях, а также наблюдается увеличение заработной платы среднего медицинского персонала на 8% в 2015г и на 13,8% в 2016г по отношению к 2014г. Это может быть связано с привлечением абитуриентов в медицинские колледжи и училища.

Обеспеченность населения медицинскими работниками составляет 0,004 врача и 0,01 среднего медицинского работника на 1 жителя. Это очень низкий показатель, который указывает на нехватку медицинских кадров в лечебно-профилактических учреждениях Челябинской области.

Число обратившихся за медицинской помощью в медицинские учреждения Челябинской области в период с 2014г по 2016г в среднем составляет 2 416 105 человек.

2.2 Анализ практики финансирования развития сферы здравоохранения в Челябинской области

Финансирование развития сферы здравоохранения в Челябинской области осуществляется за счет средств бюджета Челябинской области и средств бюджета Фонда обязательного медицинского страхования(таблица 8).

Таблица 8 – Источники финансирования сферы здравоохранения

Источники финансирования сферы здравоохранения, млн. рублей	2014г	2015г	2016г	Темпы роста, %	
				2015г/2014г	2016г/2014г
Фонд обязательного медицинского страхования	150 838 000	180 920 000	193 484 000	119,9%	128,3%
Средства бюджета Челябинской области	4 963 204,67	5 498 423,06	5 716 291,16	110,8%	115,2%
Итого	155 801 204,67	186 418 423,06	199 200 291,16	119,7%	127,9%

Темпы роста средств Фонда обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 22.

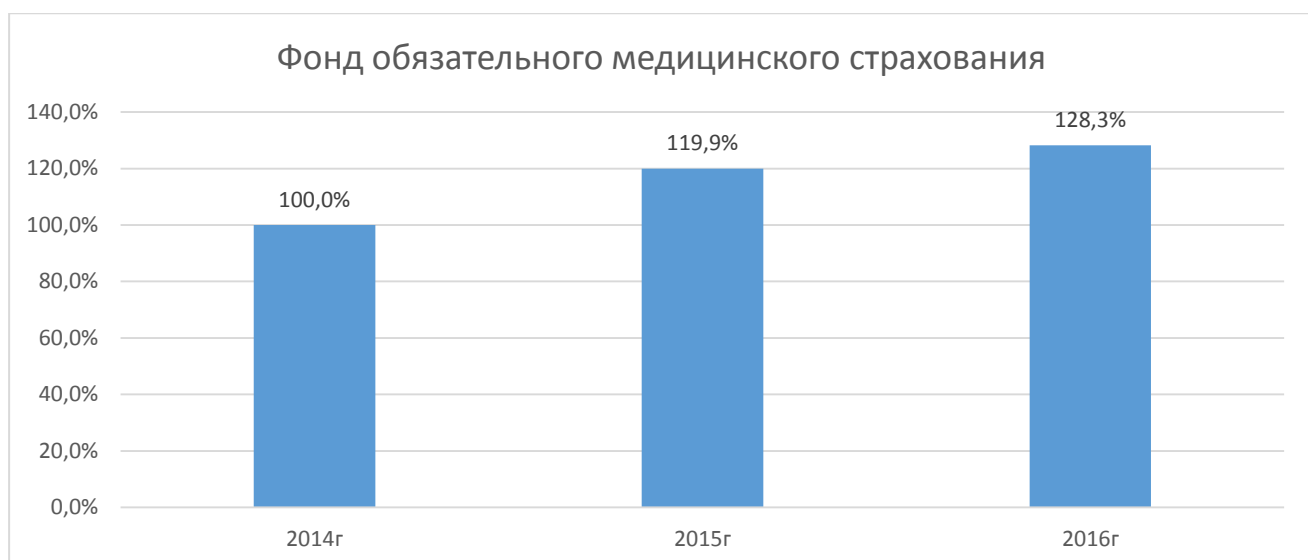


Рисунок 22 – Динамика средств Фонда обязательного медицинского страхования

В период с 2014г по 2016г наблюдается положительная динамика средств Фонда обязательного медицинского страхования. В 2015г средства Фонда обязательного медицинского страхования увеличились на 19,9% и на 28,3% в 2016г по отношению к 2014г.

Темпы роста средств бюджета Челябинской области представлены на рисунке 23.

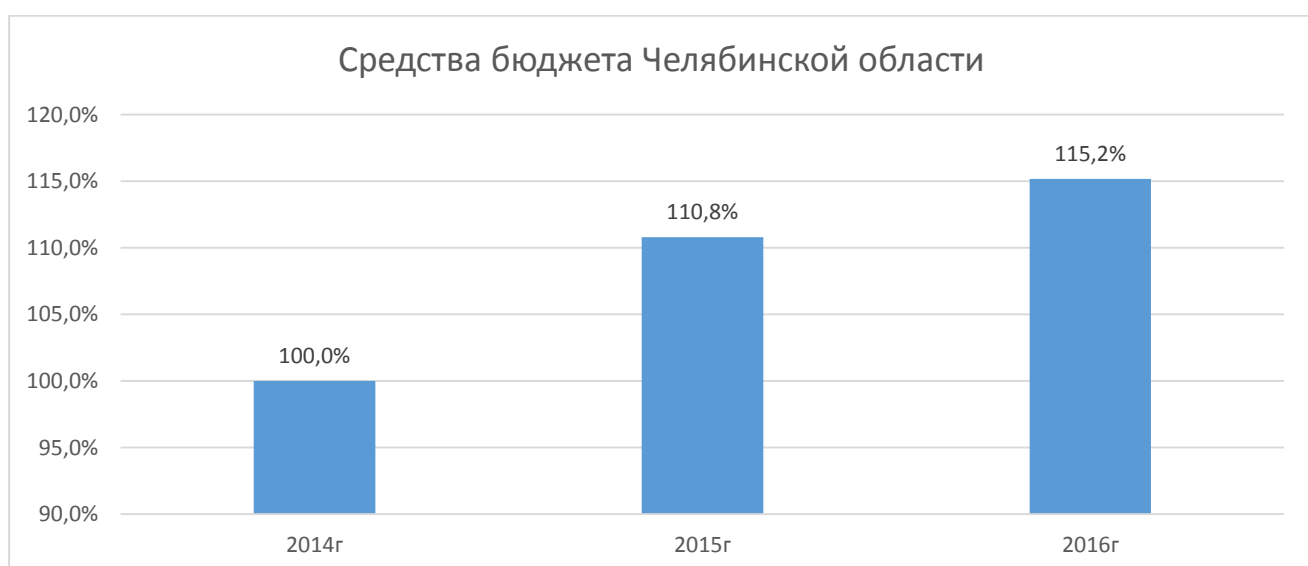


Рисунок 23 – Динамика средств бюджета Челябинской области

Также наблюдается положительная динамика средств бюджета Челябинской области. В частности, в 2015г на 10,8% и в 2016г на 15,2%.

Структура источников финансирования сферы здравоохранения включает средства Фонда обязательного медицинского страхования и средства бюджета Челябинской области(таблица 9).

Таблица 9 – Структура источников финансирования сферы здравоохранения
в процентах

Источники финансирования сферы здравоохранения	2014г	2015г	2016г
Фонд обязательного медицинского страхования	96,8%	97,1%	97,1%
Средства бюджета Челябинской области	3,2%	2,9%	2,9%
Итого	100%	100%	100%

Структура источников финансирования сферы здравоохранения за 2014г представлена на рисунке 24.

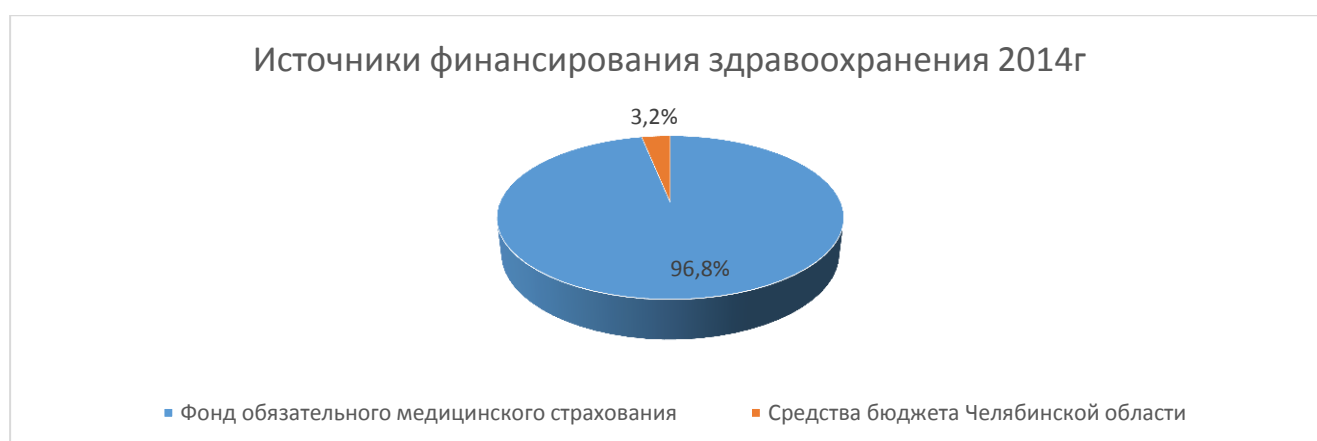


Рисунок 24 – Удельный вес источников финансирования сферы здравоохранения за 2014г

По структуре источников финансирования сферы здравоохранения за 2014г можно увидеть, что источники распределились по долям следующим образом: средства Фонда обязательного медицинского страхования – 96,8%, средства бюджета Челябинской области – 3,2%.

Структура источников финансирования сферы здравоохранения в 2015-2016гг представлена на рисунке 25.



Рисунок 25 – Удельный вес источников финансирования сферы здравоохранения в 2015-2016гг

В 2015 и 2016 годах наблюдается одинаковое долевое соотношение источников финансирования сферы здравоохранения, а именно: средства Фонда обязательного медицинского страхования – 97,1%, средства бюджета Челябинской области – 2,9%.

Рассмотрим расходы бюджета Челябинской области по основным направлениям здравоохранения. Основные направления здравоохранения, представленные в таблице: стационарная помощь, амбулаторная помощь, скорая медицинская помощь и санаторно-оздоровительная помощь(таблица 10).

Таблица 10 – Расходы бюджета Челябинской области

Расходы бюджета Челябинской области	2014г	2015г	2016г	Темпы роста	
				2015г/2014г	2016г/2014г

Стационарная помощь	4 793 847,84	5 301 125,80	5 392 814,44	110,6%	112,5%
Амбулаторная помощь	52 564,41	63 256,94	160 763,82	120,3%	305,8%
Скорая медицинская помощь	2 645,25	3 782,76	25 436,94	143,0%	961,6%
Санаторно-оздоровительная помощь	114 147,17	130 257,56	137 275,96	114,1%	120,3%
Итого	4 963 204,67	5 498 423,06	5 716 291,16	110,8%	115,2%

Темпы роста расходов бюджета Челябинской области на стационарную помощь представлены на рисунке 26.

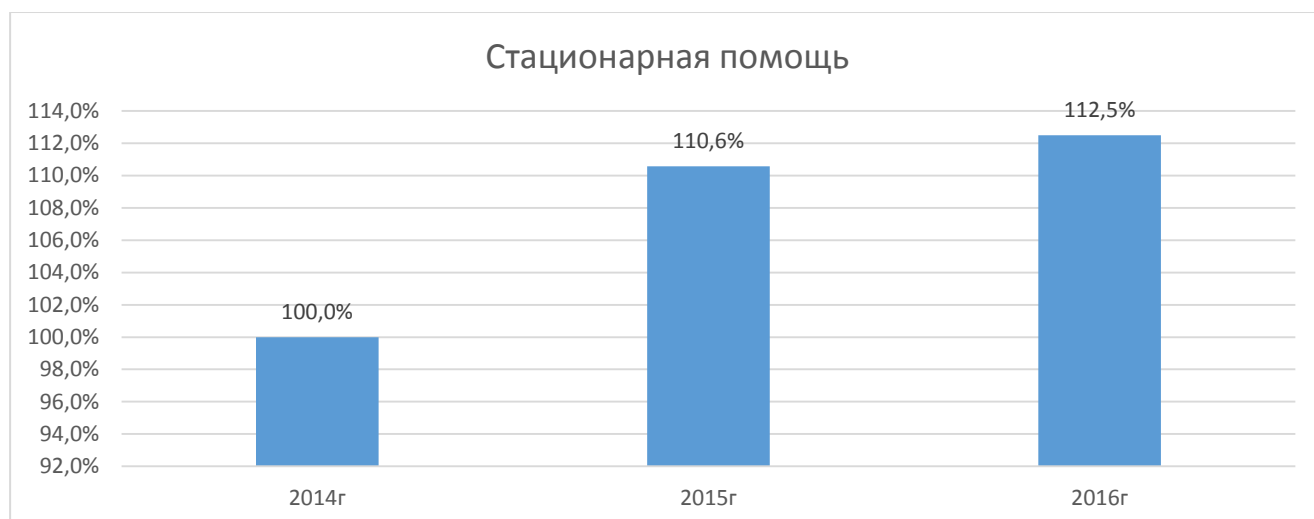


Рисунок 26 – Динамика расходов бюджета Челябинской области на стационарную медицинскую помощь

На стационарную медицинскую помощь выделяется большая часть расходов бюджета Челябинской области. В течении 3 лет финансирование стационарной медицинской помощи имело положительную динамику. В 2015г произошло увеличение на 10,6%, а в 2016г на 12,5%.

Темпы роста расходов бюджета Челябинской области на амбулаторную помощь представлены на рисунке 27.

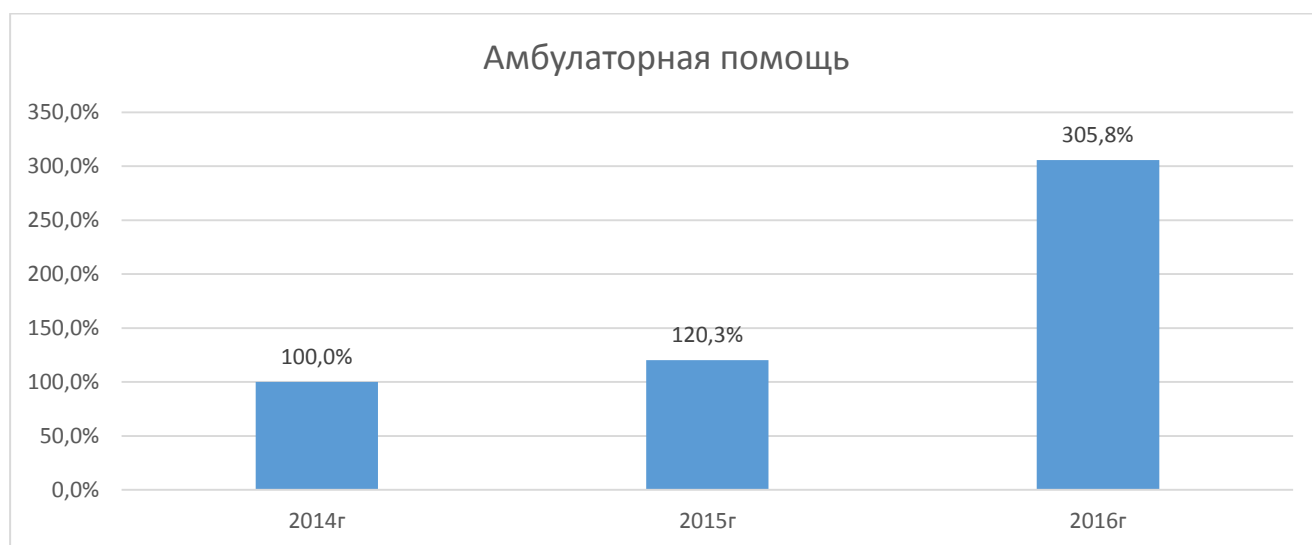


Рисунок 27 – Динамика расходов бюджета Челябинской области на амбулаторную помощь

Расходы бюджета Челябинской области на амбулаторную помощь в течении 3 лет также имеют положительную динамику: увеличение на 20,3 % в 2015г и на 205,8 % в 2016г по отношению к 2014г.

Темпы роста расходов бюджета Челябинской области на скорую медицинскую помощь представлены на рисунке 28.

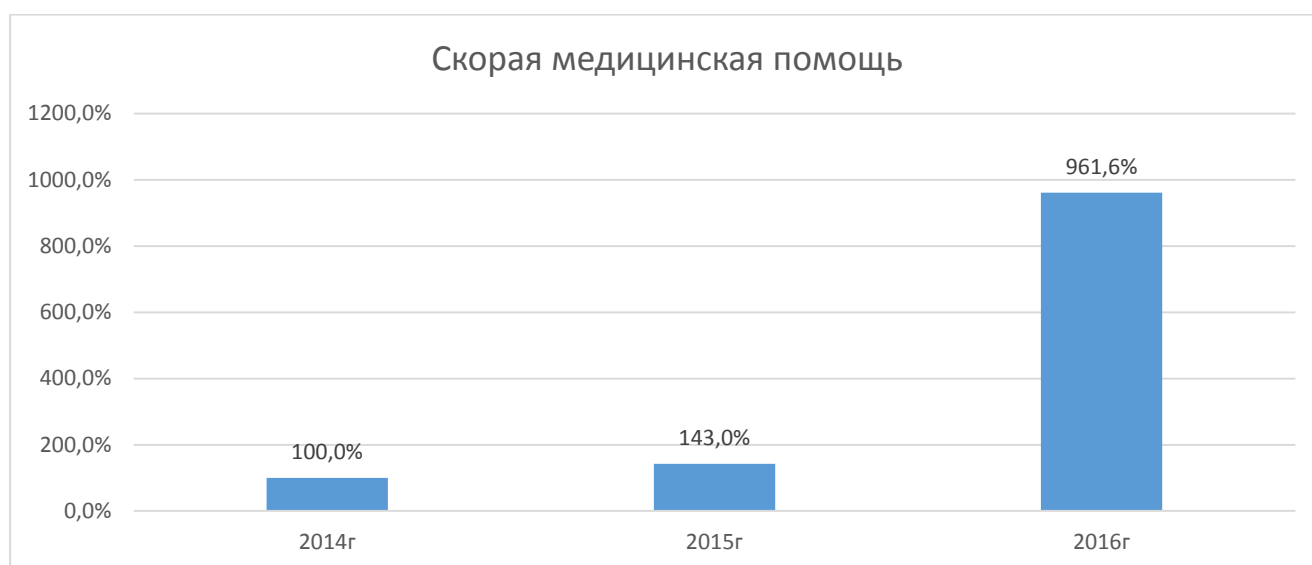


Рисунок 28 – Динамика расходов бюджета Челябинской области на скорую медицинскую помощь

Расходы бюджета Челябинской области на скорую медицинскую помощь составляют наименьшую часть расходов. В 2014г расходы на скорую медицинскую помощь составляли всего 2 645,25 рублей. В 2015г расходы на скорую медицинскую помощь увеличились на 43%, а в 2016г расходы увеличились в 10 раз и составили 25 436,94 рублей.

Темпы роста расходов на санаторно-оздоровительную помощь представлены на рисунке 29.

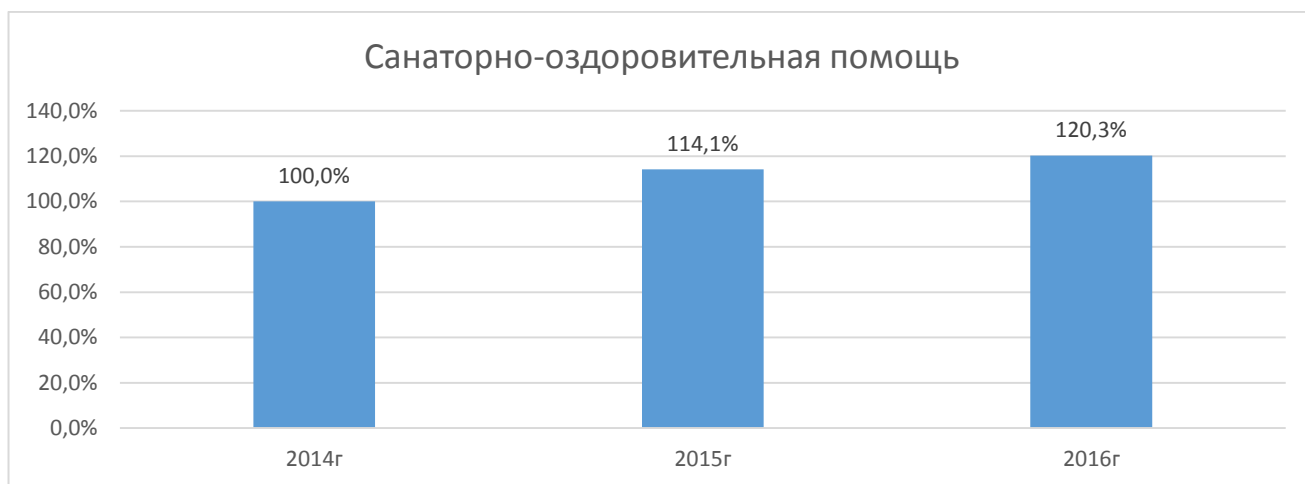


Рисунок 29 – Динамика расходов бюджета Челябинской области на санаторно-оздоровительную помощь

Расходы бюджета Челябинской области на санаторно-оздоровительную помощь в период с 2014г по 2016г имеют положительную динамику: увеличение на 14,1% в 2015г и на 20,3% в 2016г.

Структура расходов бюджета Челябинской области представлена в таблице 11.

Таблица 11 – Структура расходов бюджета Челябинской области

Расходы бюджета Челябинской области	2014г	2015г	2016г

Стационарная помощь	96,6%	96,4%	94,3%
Амбулаторная помощь	1,1%	1,2%	2,8%
Скорая медицинская помощь	0,1%	0,1%	0,4%
Санаторно-оздоровительная помощь	2,3%	2,4%	2,4%
Итого	100%	100%	100%

Удельный вес расходов бюджета Челябинской области за 2014-2015гг представлена на рисунке 30.



Рисунок 30 – Удельный вес расходов бюджета Челябинской области за 2014-2015гг

Структура бюджета Челябинской области за 2014-2015гг одинакова и доленое соотношение составляет: стационарная помощь – 96,6%, амбулаторная помощь – 1,1%, скорая медицинская помощь – 0,1%, санаторно-оздоровительная помощь – 2,3%.

Удельный вес расходов бюджета Челябинской области за 2016г представлена на рисунке 31.



Рисунок 31 – Удельный вес расходов бюджета Челябинской области за 2016г

Долевое соотношение расходов бюджета Челябинской области за 2016г составляет: стационарная помощь – 94,3%, амбулаторная помощь – 2,8%, скорая медицинская помощь – 0,4%, санаторно-оздоровительная помощь – 2,4%.

Далее рассмотрим финансирование сферы здравоохранения на 1 жителя. Исходные данные для расчета представлены в таблице 12.

Таблица 12 – Исходные данные для расчета расходов «здравоохранения» на 1 человека

	2014г	2015г	2016г
Расходы бюджета Челябинской области	4 963 204,67	5 498 423,06	5 716 291,16
Расходы Фонда обязательного медицинского страхования	150 838 000	180 920 000	193 484 000
Численность населения Челябинской области	3 498 000	3 501 000	3 502 000

В таблице представлены следующие данные для расчета: расходы бюджета Челябинской области, расходы Фонда обязательного медицинского страхования и численность населения Челябинской области.

Расходы в сфере здравоохранения на 1 жителя представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Финансирование сферы здравоохранения на 1 жителя

	2014г	2015г	2016г	Темпы роста	
				2015г/2014г	2016г/2014г
Расходы бюджета Челябинской области на 1 жителя	1,42	1,57	1,63	110,7%	115,0%
Расходы Фонда обязательного медицинского страхования на 1 жителя	43,12	51,68	55,25	119,8%	128,1%
Итого	44,54	53,25	56,88	119,5%	127,7%

Представим темпы роста расходов бюджета Челябинской области на 1 жителя (рисунок 32).

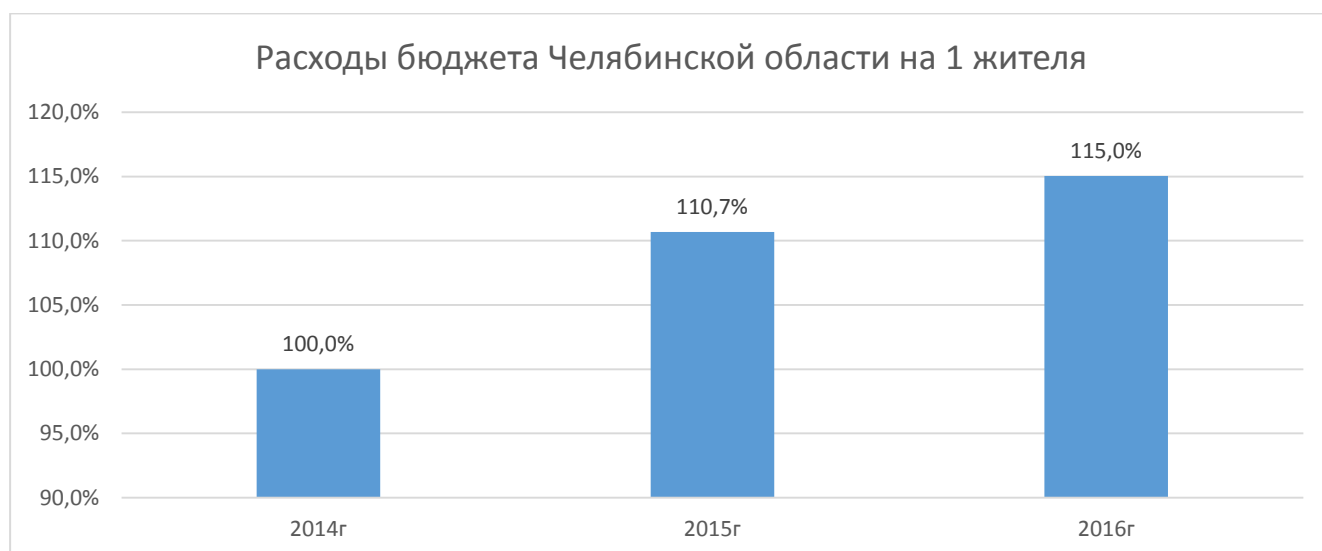


Рисунок 32 – Динамика расходов бюджета Челябинской области на 1 жителя

Из данного графика мы видим, что расходы бюджета Челябинской области на 1 жителя имеют положительную динамику. В 2015г расходы увеличились на 10,7%, а в 2016г на 15%.

Также представим темпы роста расходов Фонда обязательного медицинского страхования на 1 жителя (рисунок 33).

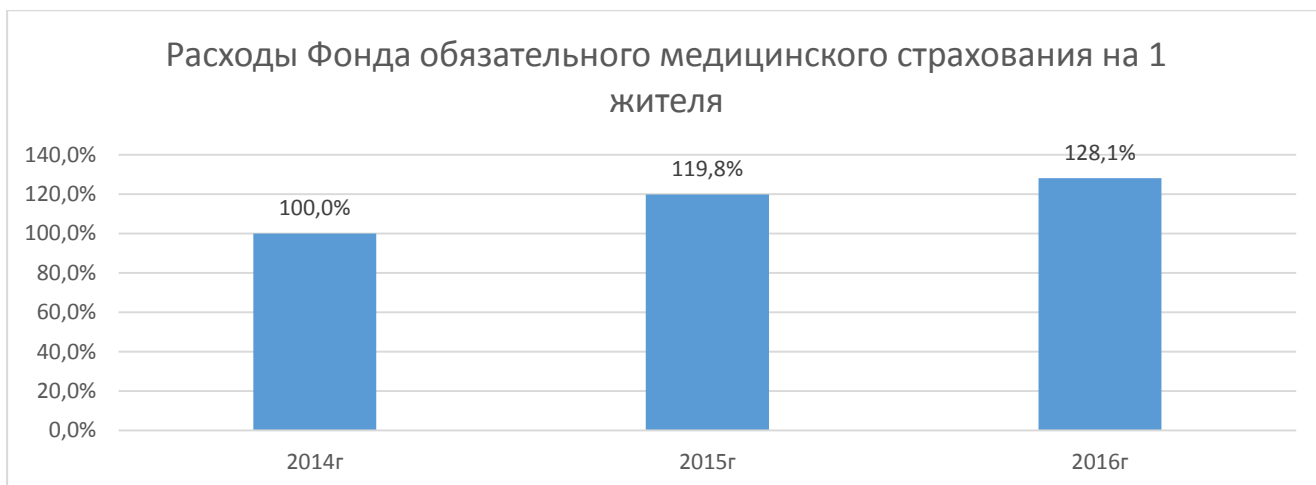


Рисунок 33 – Расходы Фонда обязательного медицинского страхования на 1 жителя

На данном графике также наблюдается положительная динамика расходов в период с 2014г по 2016г, а именно на 19,8% в 2015г и на 28,1% в 2016г.

Темпы роста всех расходов в сфере здравоохранения на 1 жителя представим на рисунке 34.

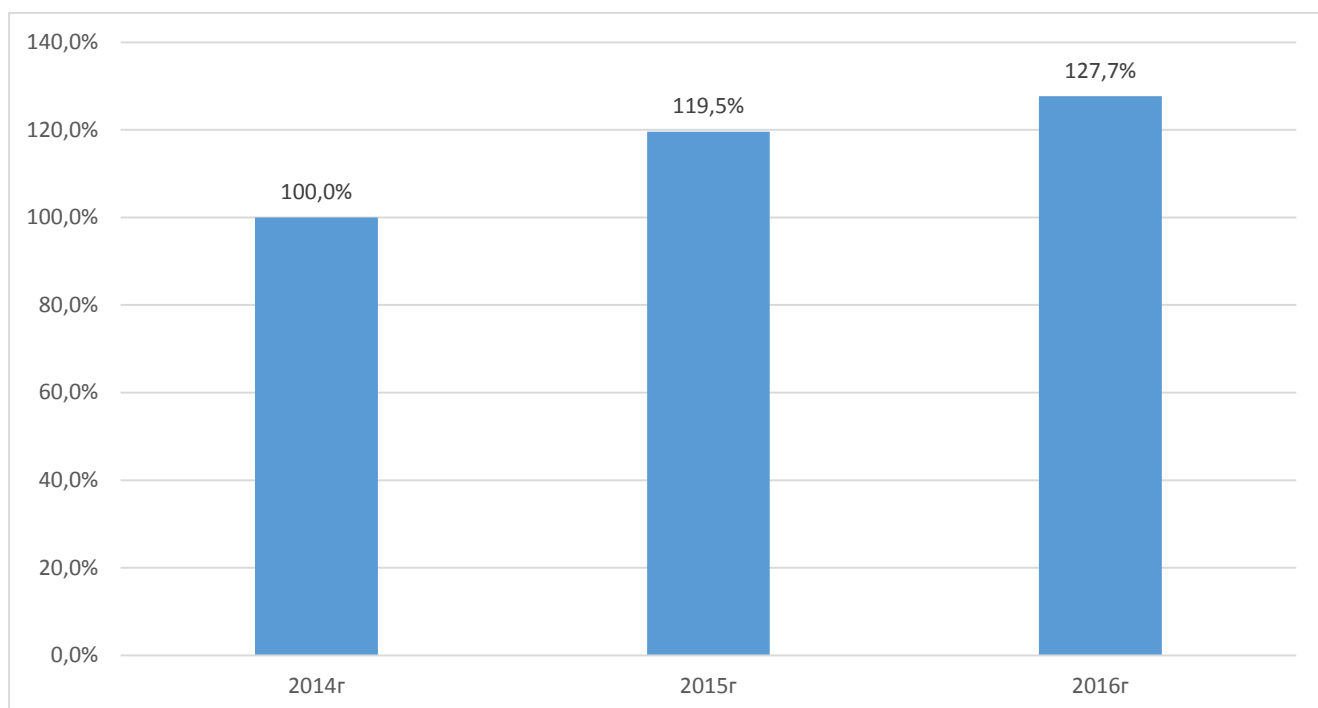


Рисунок 34 – Динамика расходов в сфере здравоохранения на 1 жителя

В общем все расходы в сфере здравоохранения на 1 жителя увеличились на 19,5% в 2015г и на 27,7% в 2016г по отношению к 2014г.

Далее рассмотрим инструменты финансирования сферы здравоохранения(таблица 14).

Таблица 14 – Инструменты финансирования медицинской помощи из бюджета Челябинской области

Инструменты финансирования сферы здравоохранения	2014г	2015г	2016г	Темпы роста	
				2015г/2014г	2016г/2014г
Субсидии бюджетным учреждениям на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ)	181 739,5	205 057,2	219 791,5	112,8%	120,9%
Субсидии бюджетным учреждениям на иные цели	54289,1	97603,1	70807,8	179,8%	130,4%
Итого	236 028,6	302 660,3	290 599,3	128,2%	123,1%

В качестве инструментов финансирования сферы здравоохранения в таблице представлены субсидии бюджетным учреждениям на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания на оказание государственных

(муниципальных) услуг (выполнение работ) и субсидии бюджетным учреждениям на иные цели.

Темпы роста субсидий на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания представим на рисунке 35.

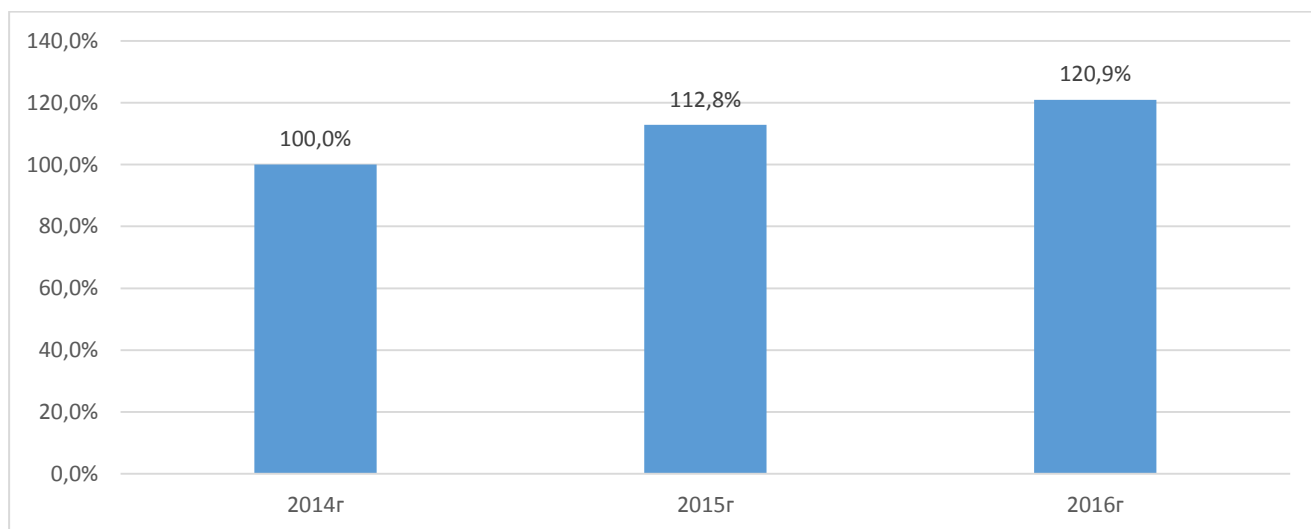


Рисунок 35 – Динамика субсидий на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания

Из данного графика мы видим, что субсидии на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания увеличились на 12,8% в 2015г и на 20,9% в 2016г по отношению к 2014г.

Также представим темпы роста субсидий бюджетным учреждениям на иные цели(рисунок 36).

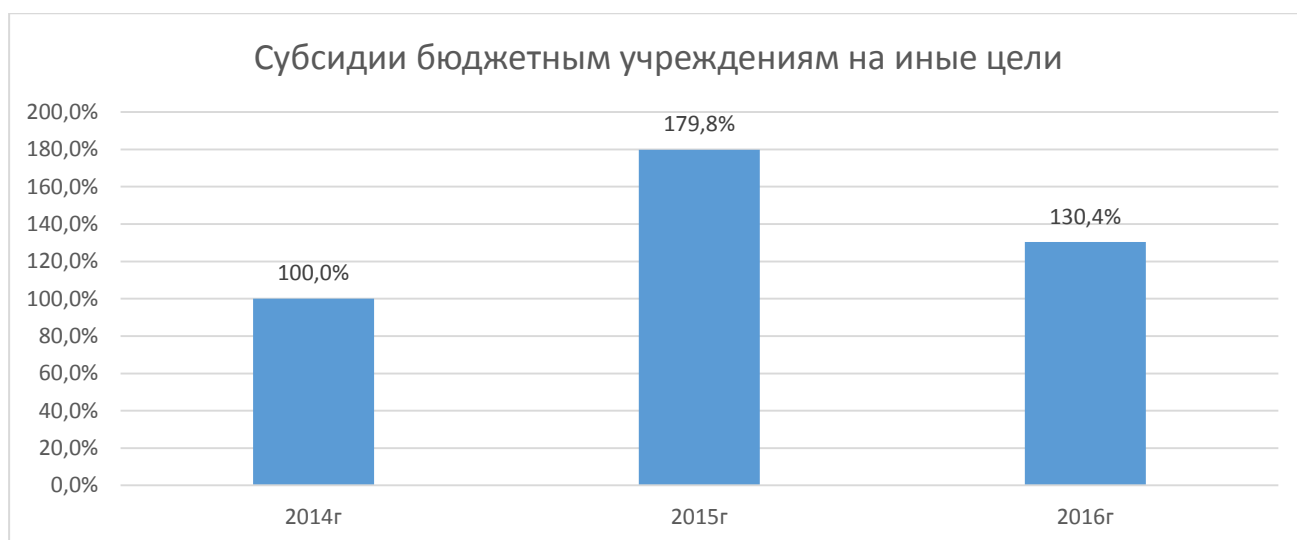


Рисунок 36 – Динамика субсидий бюджетным учреждениям на иные цели

На данном графике наблюдается резкое увеличение субсидий бюджетным учреждениям на иные цели. В 2015г увеличение составило 79,8%, а в 2016г – 30,4%. Это связано с

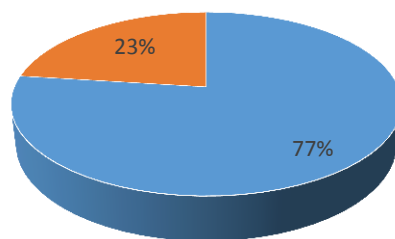
Рассмотрим структуру инструментов финансирования сферы здравоохранения(таблица 15).

Таблица 15 – Структура инструментов финансирования сферы здравоохранения

Инструменты финансирования сферы здравоохранения	2014г	2015г	2016г
Субсидии бюджетным учреждениям на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ)	77%	68%	76%
Субсидии бюджетным учреждениям на иные цели	23%	32%	24%
Итого	100%	100%	100%

Удельный вес инструментов финансирования сферы здравоохранения в 2014г представим на рисунке 37.

Инструменты финансирования сферы здравоохранения за 2014г



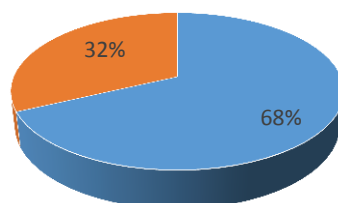
- Субсидии бюджетным учреждениям на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ)
- Субсидии бюджетным учреждениям на иные цели

Рисунок 37 – Удельный вес инструментов финансирования сферы здравоохранения в 2014г

На данной диаграмме мы видим, что в 2014г доленое соотношение инструментов финансирования сферы здравоохранения составляет: 77% – субсидии на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания и 23% – субсидии бюджетным учреждениям на иные цели.

Удельный вес инструментов финансирования сферы здравоохранения в 2015г представлен на рисунке 38.

Инструменты финансирования сферы здравоохранения за 2015г



- Субсидии бюджетным учреждениям на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания на оказание государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ)
- Субсидии бюджетным учреждениям на иные цели

Рисунок 38 – Удельный вес инструментов финансирования сферы здравоохранения в 2015г

На данной диаграмме мы наблюдаем увеличение доли субсидий бюджетным учреждениям на иные цели – 32%, а удельный вес субсидий на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания составляет 68%.

Также представим удельный вес инструментов финансирования сферы здравоохранения в 2016г на рисунке 39.



Рисунок 39 – Удельный вес инструментов финансирования сферы здравоохранения в 2016г

В 2016г долевое соотношение инструментов финансирования сферы здравоохранения составляет: субсидии на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания – 76%, субсидии бюджетным учреждениям на иные цели – 24%.

Также рассмотрим финансирование Государственной программы Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области» на 2015-2020гг. Так как программа начала реализовываться в 2015г, для анализа были взяты 2015г и 2016г.

В рамках программы реализуются 10 подпрограмм: «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», «Совершенствование оказания специализированной, включая

высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации», «Охрана здоровья матери и ребенка», «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей», «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям», «Управление развитием отрасли здравоохранения», «Кадровое обеспечение системы здравоохранения», «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях», «Укрепление материально-технической базы учреждений в части проведения текущего и капитального ремонтов, противоаварийных и противопожарных мероприятий», «Укрепление материально-технической базы учреждений в части приобретения основных средств».

Расходы бюджета Челябинской области в рамках государственной программы Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области» представлены в таблице 16.

Таблица 16 – Расходы бюджета Челябинской области в рамках государственной программы Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области»

Расходы бюджета Челябинской области	2015г	2016г
Государственная программа Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области», в том числе:		
25 137 014,30	25 137 014,30	25 402 622,28
1. Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»	4 677 069,50	1 968 185,71
2. Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»	933 857,95	3 708 022,50
3. Подпрограмма «Охрана здоровья матери и ребенка»	503 615,36	594 282,72

4. Подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей»	319 215,31	350 665,24
5. Подпрограмма «Оказание паллиативной медицинской помощи, в том числе детям»	74 879,03	127 366,89
6. Подпрограмма «Управление развитием отрасли здравоохранения»	15 968 911,08	15 796 108,18

Окончание таблицы 16

Расходы бюджета Челябинской области	2015г	2016г
7. Подпрограмма «Кадровое обеспечение системы здравоохранения»	216 608,20	234 443,02
8. Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»	1 863 567,04	2 186 550,93
9. Подпрограмма «Укрепление материально-технической базы учреждений в части проведения текущего и капитального ремонтов, противоаварийных и противопожарных мероприятий»	125 587,72	99 990,06
10. Подпрограмма «Укрепление материально-технической базы учреждений в части приобретения основных средств»	453 703,11	337 007,02

Из 10 подпрограмм для анализа были отобраны 4 подпрограммы, финансирование которых занимает большую часть расходов на финансовое обеспечение государственной программы Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области»(таблица 17).

Таблица 17 – Структура расходов по основным подпрограммам

Расходы бюджета Челябинской области	2015г	2016г
Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»	18,6%	7,7%

Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»	3,7%	14,6%
Подпрограмма «Управление развитием отрасли здравоохранения»	63,5%	62,2%
Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»	7,4%	8,6%
Другие подпрограммы	6,7%	6,9%

Удельный вес расходов по основным подпрограммам в 2015г представлен на рисунке 40.



Рисунок 40 – Удельный вес расходов по основным подпрограммам за 2015г

На данной диаграмме мы видим, что наибольший удельный вес в 2015г имеют расходы по подпрограмме «Управление развитием отрасли здравоохранения» –

63,5%. Подпрограмма «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» – 18,6%, Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» – 3,7%, Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» – 7,4%, остальные подпрограммы – 6,7%.

Также представим Удельный вес расходов по основным подпрограммам за 2016г на рисунке 41.

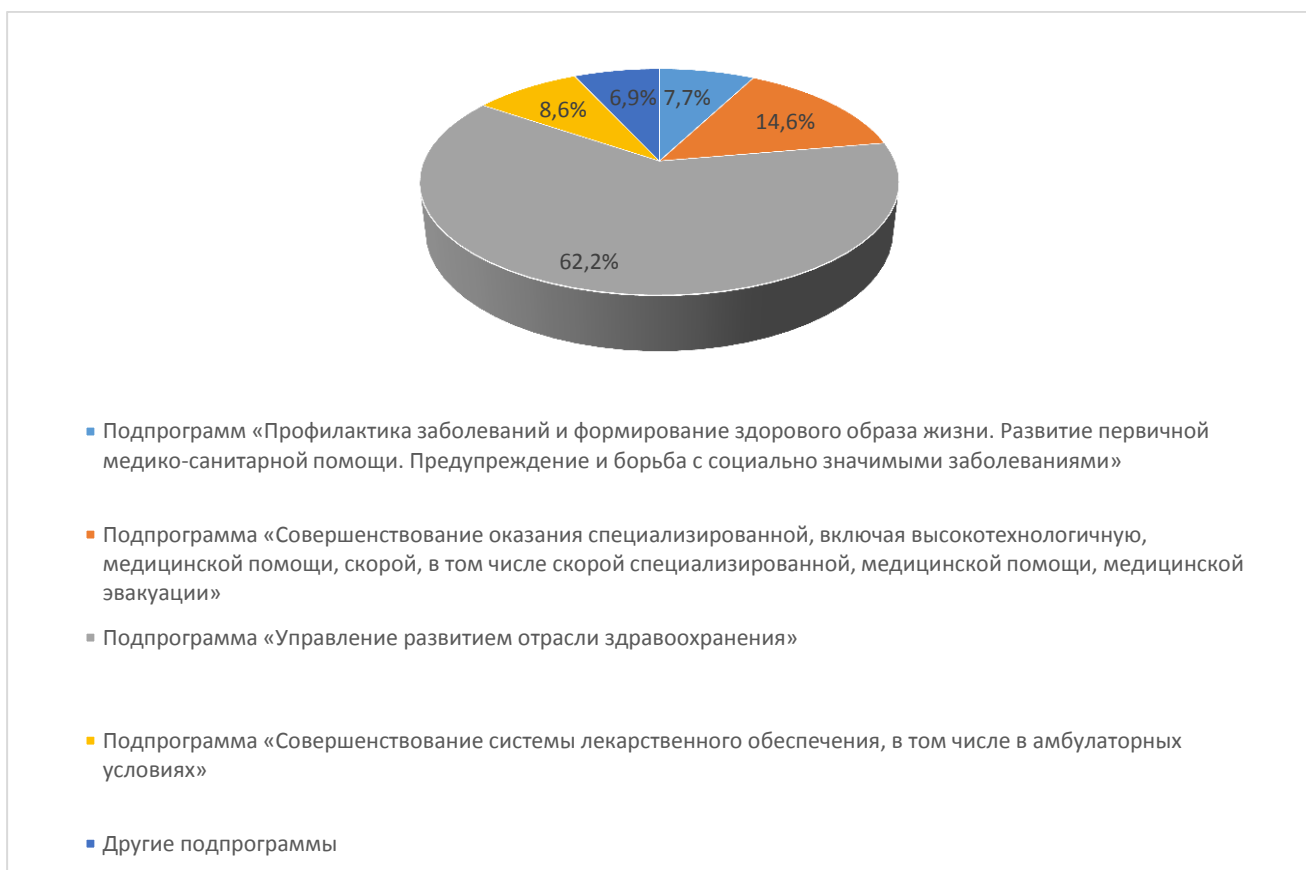


Рисунок 41 – Удельный вес расходов по основным подпрограммам за 2016г

На данной диаграмме мы видим, что удельный вес расходов по основным подпрограммам за 2016г изменился по сравнению с 2015г. В частности удельный

вес расходов по подпрограмме «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» в 2016г составил 14,6% – это на 10,9% больше, чем в 2015г(3,7%). Также существенные изменения произошли по подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями», удельный вес расходов по которой в 2016г составил 7,7%, что на 10,9% меньше по сравнению с 2015г(18,6%).

Итак, рассмотрев структуру расходов по основным подпрограммам, можно сделать вывод, что наибольший удельный вес расходов по основным подпрограммам имеет подпрограмма «Управление развитием отрасли здравоохранения» (63,5%-2015г, 62,2%-2016г), а наименьший подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»(7,4% - 2015г, 8,6% - 2016г). Также можно заметить увеличение удельного веса расходов по подпрограмме «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» в 2016г на 10,9% одновременно с сокращением удельного веса расходов по подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» также на 10,9%.

Далее рассмотрим расходы бюджета Челябинской области по основным подпрограммам(таблица 18).

Таблица 18 – Расходы бюджета Челябинской области по основным подпрограммам

Расходы бюджета Челябинской области в рамках Государственной программы	2015г	2016г	Темпы роста, %
--	-------	-------	----------------

Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области», рублей			2016г/2015г
Подпрограмм «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»	4 677 069,50	1 968 185,71	42,1%
Подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»	933 857,95	3 708 022,50	397,1%

Окончание таблицы 18

Расходы бюджета Челябинской области в рамках Государственной программы Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области»	2015г	2016г	Темпы роста,%
			2016г/2015г
Подпрограмма «Управление развитием отрасли здравоохранения»	15 968 911,08	15 796 108,18	98,9%
Подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»	1 863 567,04	2 186 550,93	117,3%
Другие подпрограммы	1 693 608,73	1 743 754,95	103,0%
Итого	25 137 014,30	25 402 622,28	101,1%

Представим темпы роста расходов по подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на рисунке 42.



Рисунок 42 – Динамика расходов по подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями»

Из данного графика видно, что расходы бюджета Челябинской области по данной подпрограмме в 2016г сократились на 57,9%.

Далее представим темпы роста расходов по подпрограмме «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» на рисунке 43.

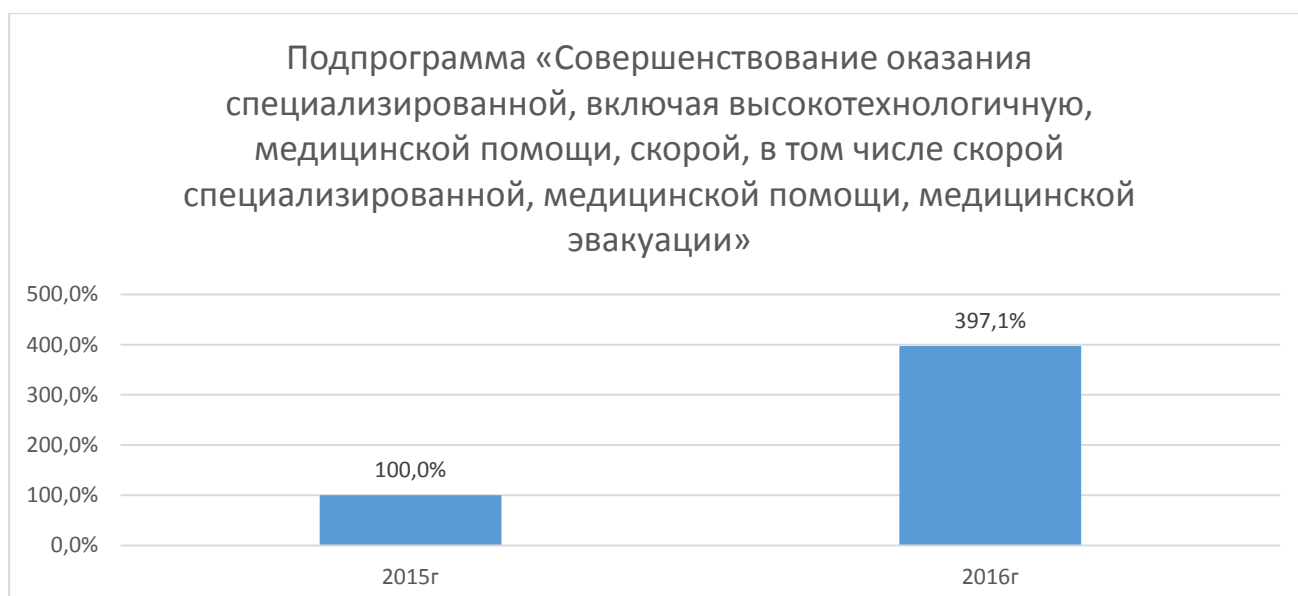


Рисунок 43 – Динамика расходов по подпрограмме «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации»

На данном графике наблюдается резкое увеличение расходов бюджета Челябинской области по данной подпрограмме. Увеличение произошло на 297,1%, то есть в 3 раза.

Далее представим темпы роста расходов бюджета Челябинской области по подпрограмме «Управление развитием отрасли здравоохранения» на рисунке 44.

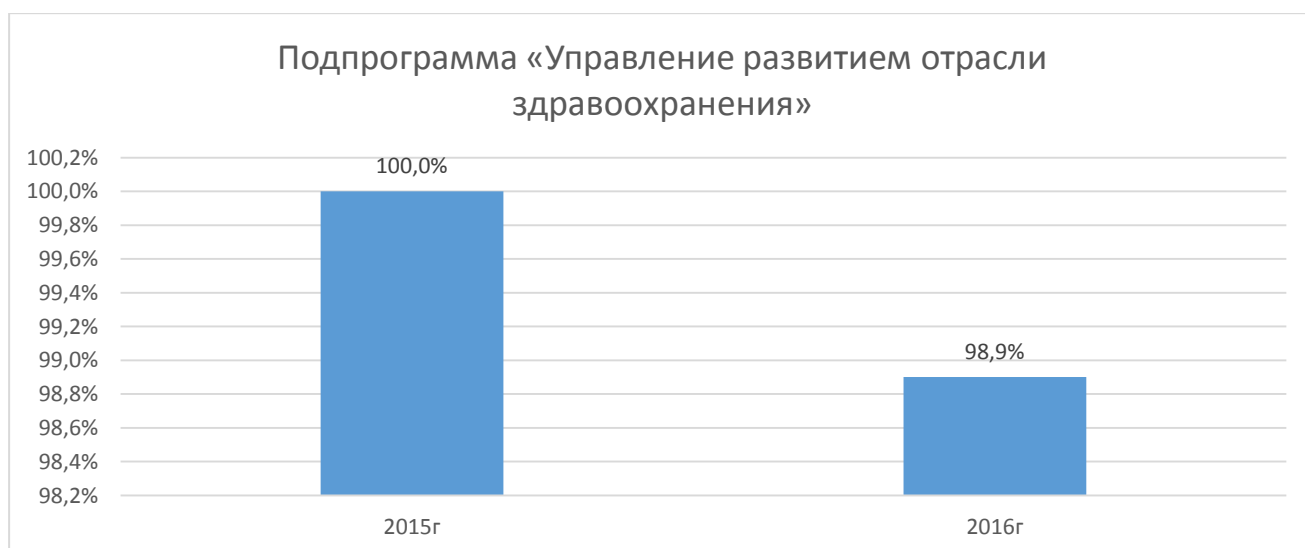


Рисунок 44 – Динамика расходов по подпрограмме «Управление развитием отрасли здравоохранения»

На данном графике мы видим сокращение расходов бюджета Челябинской области по подпрограмме «Управление развитием отрасли здравоохранения» на 1,1%.

Также представим темпы роста расходов бюджета Челябинской области по подпрограмме «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» на рисунке 45.

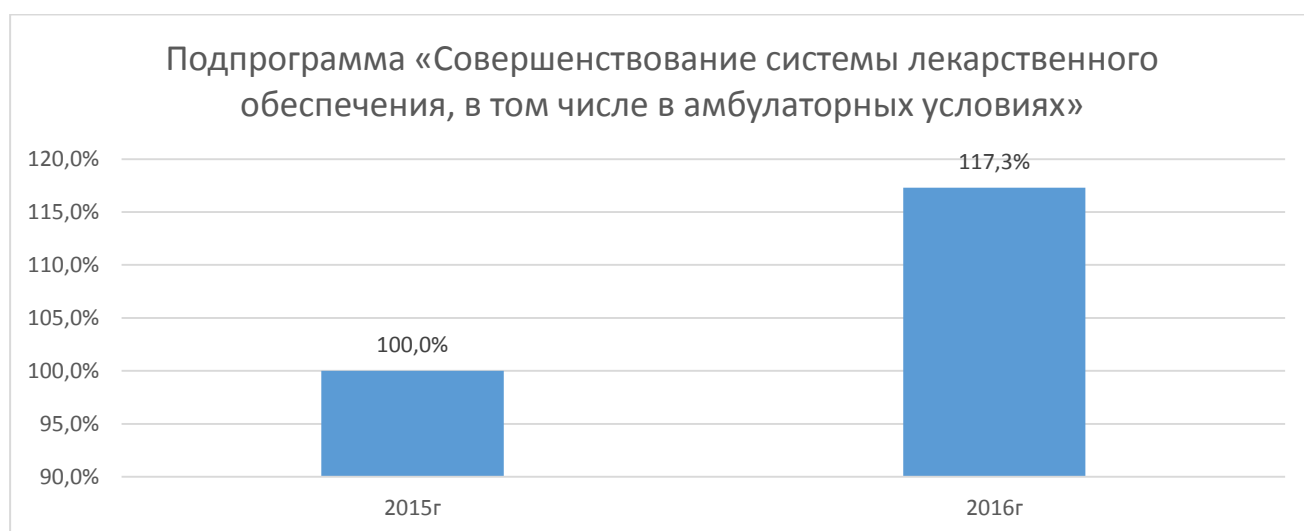


Рисунок 45 – Динамика расходов по подпрограмме «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях»

Из данного графике мы видим, что расходы бюджета Челябинской области по подпрограмме «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» в 2016г увеличились на 17,3% по отношению к 2015г.

Далее представим темпы роста расходов бюджета Челябинской области по Государственной программе Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области» на рисунке 46.

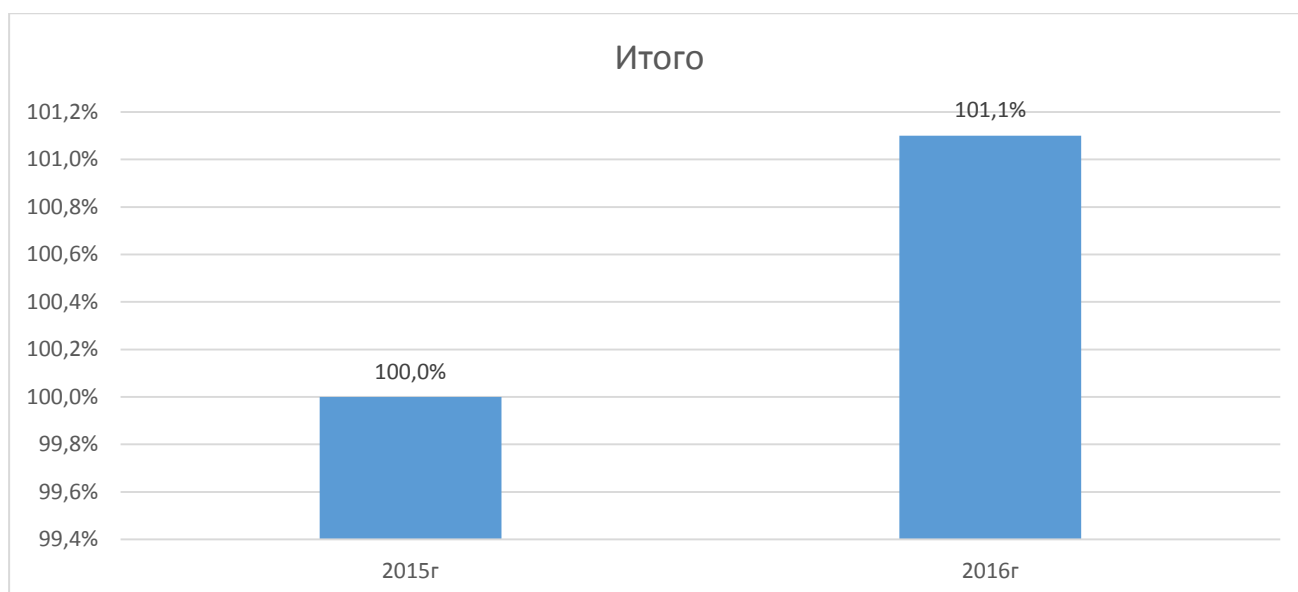


Рисунок 46 – Динамика расходов бюджета Челябинской области по Государственной программе Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области»

На данном графике мы видим, что расходы бюджета Челябинской области по Государственной программе Челябинской области «Развитие здравоохранения Челябинской области» в 2016г увеличились на 1,1%.

По итогам анализа практики финансирования развития сферы здравоохранения в Челябинской области можно сделать следующие выводы.

В период с 2014г по 2016г наблюдается положительная динамика средств Фонда обязательного медицинского страхования. В 2015г средства Фонда обязательного медицинского страхования увеличились на 19,9% и на 28,3% в 2016г по отношению к 2014г. Также наблюдается положительная динамика средств бюджета Челябинской области. В частности, в 2015г на 10,8% и в 2016г на 15,2%.

По структуре источников финансирования сферы здравоохранения за 2014г можно увидеть, что источники распределились по долям следующим образом: средства Фонда обязательного медицинского страхования – 96,8%, средства бюджета Челябинской области – 3,2%. В 2015 и 2016 годах наблюдается одинаковое доленое соотношение источников финансирования сферы

здравоохранения, а именно: средства Фонда обязательного медицинского страхования – 97,1%, средства бюджета Челябинской области – 2,9%.

Структура бюджета Челябинской области за 2014-2015гг одинакова и долевое соотношение составляет: стационарная помощь – 96,6%, амбулаторная помощь – 1,1%, скорая медицинская помощь – 0,1%, санаторно-оздоровительная помощь – 2,3%. Долевое соотношение расходов бюджета Челябинской области за 2016г составляет: стационарная помощь – 94,3%, амбулаторная помощь – 2,8%, скорая медицинская помощь – 0,4%, санаторно-оздоровительная помощь – 2,4%.

Расходы бюджета Челябинской области на 1 жителя имеют положительную динамику. В 2015г расходы увеличились на 10,7%, а в 2016г на 15%. Расходы Фонда обязательного медицинского страхования имеют положительную динамику в период с 2014г по 2016г, а именно на 19,8% в 2015г и на 28,1% в 2016г. В общем все расходы в сфере здравоохранения на 1 жителя увеличились на 19,5% в 2015г и на 27,7% в 2016г по отношению к 2014г.

Из данного графика мы видим, что субсидии на финансовое обеспечение государственного (муниципального) задания увеличились на 12,8% в 2015г и на 20,9% в 2016г по отношению к 2014г. Резкое увеличение субсидий бюджетным учреждениям на иные цели. В 2015г увеличение составило 79,8%, а в 2016г – 30,4%.

Наибольший удельный вес расходов по основным подпрограммам имеет подпрограмма «Управление развитием отрасли здравоохранения» (63,5%-2015г, 62,2%-2016г), а наименьший подпрограмма «Совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях» (7,4% - 2015г, 8,6% - 2016г). Также можно заметить увеличение удельного веса расходов по подпрограмме «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации» в 2016г на 10,9% одновременно с сокращением удельного веса расходов по подпрограмме «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие

первичной медико-санитарной помощи. Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» также на 10,9%.

3 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ФИНАНСИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1 Основные направления совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения

Здравоохранение – совокупность политических, экономических, социальных, культурных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер, направленных на сохранение, укрепление и поддержание физического и психического здоровья каждого человека, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

Здоровье является важнейшей ценностью как отдельного человека, так и общества в целом. Хорошее здоровье населения является условием, необходимым для устойчивого экономического роста. Учитывая разнообразие факторов, влияющих на формирование общественного здоровья, и его значимость как одного из важнейших ресурсов, следует считать, что здоровье - это показатель качества жизни граждан и эффективности предоставляемой медицинской помощи. Этим объясняется исключительная важность государственной политики в области охраны здоровья населения страны.

В России более половины населения проживает в крайне неблагоприятной экологической обстановке, связанной с загрязнением окружающей среды выбросами промышленных предприятий и автомобильного транспорта, пользуется недоброкачественной питьевой водой.

Специфика финансов здравоохранения заключается в том, что их нельзя полностью отнести ни к сфере государственных финансов, ни к сфере финансов организаций. К тому же особенностью системы финансирования здравоохранения является активное участие частного сектора. Участие государства и частного сектора экономики в системе финансирования отрасли обуславливает двойственность их целей. Для государства основной целью является развитие человеческого капитала, а для частного сектора – получение прибыли.

Так, система финансового обеспечения здравоохранения – это совокупность экономических отношений субъектов здравоохранения, связанных с формированием, распределением и использованием фондов денежных средств (страховых, бюджетных и внебюджетных) в условиях перехода к

преимущественно одноканальному финансированию в целях сохранения и укрепления здоровья населения.

В современных социально-экономических условиях состояние и перспективы развития отечественного здравоохранения в значительной мере определяет уровень его финансовой обеспеченности. Национальная безопасность и экономическое развитие государства все в большей степени зависят от построения эффективной системы финансирования здравоохранения в целях сохранения здоровья населения как главной производительной силы общества. В этой связи одной из наиболее актуальных является проблема совершенствования системы финансового обеспечения здравоохранения.

Основные направления совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения представлены на рисунке 47.

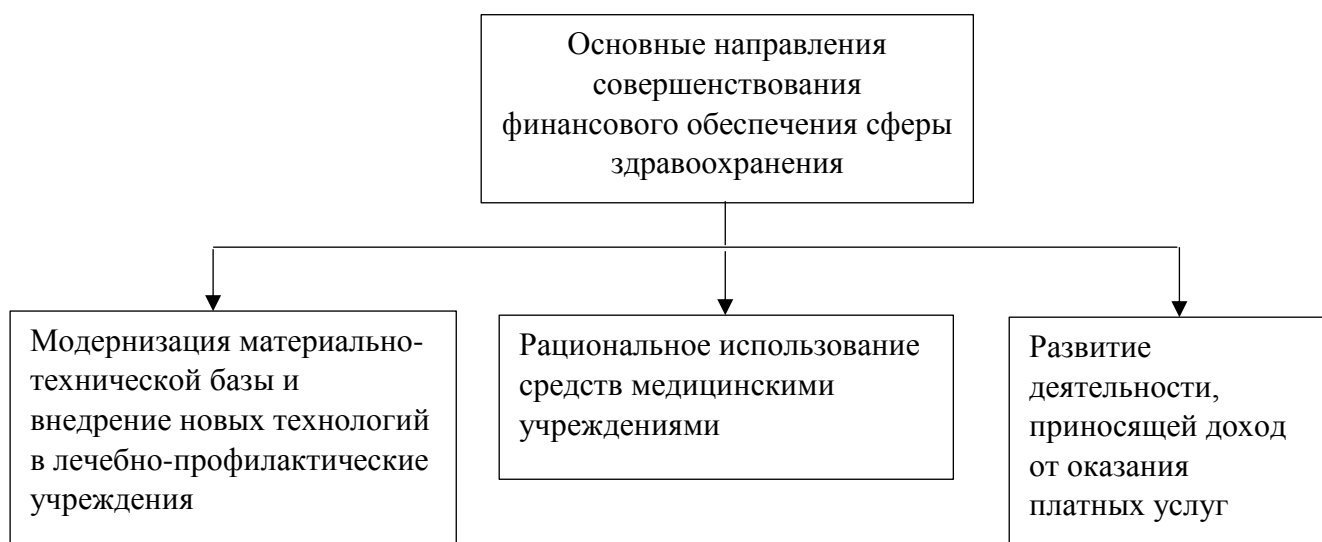


Рисунок 47 – Основные направления совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения

Модернизация материально-технической базы и внедрение новых технологий в лечебно-профилактические учреждения. Данное направление предполагает укрепление материально-технической базы учреждений сферы здравоохранения, а именно реформирование инфраструктуры здравоохранения и приведение ее в соответствие с численностью и составом населения субъекта Российской

Федерации, а также со структурой заболеваемости и смертности на территории субъекта Российской Федерации, сети и структуры учреждений здравоохранения с выходом на количество учреждений здравоохранения субъекта Российской Федерации в соответствии с утвержденной номенклатурой, включая медицинские организации иных форм собственности и ведомственной принадлежности (в сравнении с действующей сетью), также приведение материально-технической базы указанных учреждений здравоохранения (включая завершение строительства ранее начатых объектов, оснащение оборудованием, проведение текущего и капитального ремонта) в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи.

Также данное направление предполагает внедрение современных информационных систем в здравоохранение:

1. Персонифицированный учет оказанных медицинских услуг, ведение электронной медицинской карты гражданина, запись к врачу в электронном виде, обмен телемедицинскими данными, а также внедрение систем электронного документооборота.

2. Ведение единого регистра медицинских работников, электронного паспорта медицинского учреждения и паспорта системы здравоохранения субъекта Российской Федерации др.

Для приведения материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений к уровню, удовлетворяющему требованиям пожарной безопасности, санитарным нормам, необходимо стабильное финансирование хотя бы в пределах утвержденных ассигнований. Еще один путь решения проблем – это использование средств обязательного медицинского страхования.

Рациональное использование средств медицинскими учреждениями. Их эффективное использование является важнейшим условием оптимального функционирования здравоохранения и его дальнейшего успешного развития. Данное направление предполагает анализ эффективности использования средств медицинских учреждений, определение путей достижения максимального

медицинского и экономического эффекта. Под медицинской эффективностью понимается качественная и количественная характеристика степени достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Термин «медицинская эффективность» широко применяется при изучении лечебно-диагностических процессов, профилактики заболеваний, организации и проведении медицинских мероприятий. К ним относятся, в частности, укрепление здоровья детей и пожилых людей, лечение отдельных заболеваний с высоким уровнем медицины (онкологических, СПИДа и пр.) и другие аспекты медицинской деятельности.

Экономическая эффективность в здравоохранении не может быть определяющим критерием, главным является медицинская и социальная эффективность мероприятий по охране здоровья. Часто медицинская эффективность является доминирующей, требующей значительных затрат, отдача от которых может иметь место в отдаленном будущем или вовсе исключается.

Экономическая эффективность здравоохранения обозначает рациональное использование материальных, трудовых и финансовых ресурсов для решения вопросов, связанных с охраной здоровья населения.

Экономическая эффективность здравоохранения создает следующие виды экономических выгод для государства: снижение временной нетрудоспособности, инвалидности, преждевременной смертности, уменьшение затрат на медицинскую помощь. Экономические аспекты здравоохранения не преследуют целей уменьшения расходов на здравоохранение. Должна быть не экономия средств, а поиск путей и методов их наиболее рационального использования для охраны здоровья населения.

Для определения экономической эффективности здравоохранения используется экономический анализ, который заключается в сопоставлении затрат и полученного эффекта.

Экономический анализ деятельности медицинских учреждений проводится по следующим направлениям: использование основных фондов, эффективность

использования коечного фонда и медицинского оборудования, оценка финансовых расходов и стоимость различных видов медицинской помощи, использование медицинского и прочего персонала. Наряду с этим рассчитываются основные экономические показатели: общий экономический ущерб в связи с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью, предотвращенный экономический ущерб и критерий экономической эффективности медицинской помощи.

В условиях рыночной экономики основной задачей любого объекта здравоохранения является повышение качества и конкурентоспособности медицинских услуг, лекарственных средств и товаров медицинского назначения с целью получения максимальных экономических результатов. В связи с этим экономический анализ предусматривает изучение себестоимости и цен на оказываемые медицинские услуги, рентабельности и прибыли от их реализации. Это позволит дать оценку хозяйственной деятельности учреждения здравоохранения, выявить его внутренние резервы и правильно выбрать приоритетные направления вложения собственных и заемных средств.

Развитие деятельности, приносящей доход от оказания платных услуг. Платные медицинские услуги в учреждениях здравоохранения должны быть указаны в лицензии на осуществлении медицинской деятельности. Кроме того, нужно соблюдать следующие условия:

- услуга должна быть предоставлена на других условиях, в отличие от тех, что предусмотрены программой государственных гарантий;
- если пациент обращается за медицинскими услугами анонимно;
- если пациент иностранный гражданин или лицо без гражданства;
- пациент должен обратиться самостоятельно.

Чтобы получить от пациента деньги, медучреждение заключает с ним договор. Заказчик должен дать письменное добровольное согласие. Иначе Исполнитель не вправе ее оказывать. Доходы от оказания платных услуг бюджетными учреждениями нужно направить на расходы в соответствии с планом финансово-

хозяйственной деятельности. Как правило, главной статьёй расходов являются выплаты на зарплаты и страховые взносы на основной персонал. Затем они направляют доходы на расходы, которые связаны с уставной деятельностью. Например, на функциональное развитие или лечебный процесс, приобретение предметов хозяйственного пользования, оплату коммунальных и другие нужды. При этом медицинская организация может самостоятельно определять направления и очередность использования полученных средств. Средства, полученные от платных услуг, расходуются строго по целевому назначению в соответствии с планом финансово-хозяйственной деятельности по внебюджетным средствам. Средства от платных услуг, полученные и не использованные в текущем году, используются на основании плана финансово-хозяйственной деятельности по внебюджетной деятельности следующего финансового года. Средства, полученные от платных услуг, не влекут за собой снижения финансирования по бюджету.

В современных социально-экономических условиях состояние и перспективы развития отечественного здравоохранения в значительной мере определяет уровень его финансовой обеспеченности.

Основными направлениями совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения являются модернизация материально-технической базы и внедрение новых технологий в лечебно-профилактические учреждения, рациональное использование средств медицинскими учреждениями и развитие деятельности, приносящей доход от оказания платных услуг.

3.2 Предоставление дополнительных платных услуг как условие повышения финансового обеспечения учреждений здравоохранения

В качестве рекомендации совершенствования финансового обеспечения учреждений здравоохранения рекомендуется внедрение дополнительной платной услуги «кабинет медицинского сопровождения детей с особенностями развития» в лечебно-профилактических учреждениях.

Платная услуга «кабинет медицинского сопровождения детей с особенностями развития» как условие повышения финансового обеспечения лечебно-профилактических учреждений предполагает оказание медицинской помощи детям с особенностями развития на платной основе.

Потребность в данной услуге обусловлена тем, что в настоящее время более чем у 80% современных детей встречаются отклонения в развитии. В связи с этим внедрение данной услуги обеспечит не только повышение финансового обеспечения учреждений здравоохранения, но и поможет детям с особенностями развития адаптироваться в обществе, наладить контакты с окружающим миром.

Также потребность в данной услуге обусловлена недостаточным финансированием сферы здравоохранения, вследствие чего медицинские учреждения ведут внебюджетную деятельность.

В данном случае мы рассматриваем доходы от оказания платных услуг. Доход, полученный от оказания платных услуг поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения. Доходы бюджетного учреждения от оказания платных услуг первоначально направляются на покрытие расходов, связанных с осуществлением деятельности, направленной на получение дохода, и уплату налогов в соответствии с налоговым законодательством, а затем в оставшейся после налогообложения части полностью зачисляются в доход соответствующего бюджета и доводятся до бюджетного учреждения в качестве бюджетного финансирования.

Рассчитаем цену дополнительной платной услуги «кабинет медицинского сопровождения детей с особенностями развития».

1. Себестоимость платной услуги «кабинет медицинского сопровождения детей с особенностями развития» рассчитывается исходя из затрат, указанных в таблице 19.

Таблица 19 – Затраты, учитываемые в себестоимости платной услуги

Затраты	рублей
Материальные затраты	34,09

Зарботная плата	136,36
Амортизация	4,55
Прочие затраты	52,27
Итого	227,27

Из данной таблицы видно, что себестоимость данной платной услуги составляет 227,27 рублей.

2. Рентабельность дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра» – 10%.

3. Расчет цены дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра».

$$P = 227,27 * (1 + 0,10) = 250 \text{ рублей.}$$

4. Планируемое количество обращений в год – 1620 человек. Исходя из этого выручка от оказания платной услуги в год составит:

$$V = 250 * 1620 = 405\,000 \text{ рублей.}$$

5. Прибыль от оказания платной услуги.

$$\Pi = (250 - 227,27) * 1620 = 36\,822,60 \text{ рублей.}$$

Представим размер выручки медицинского учреждения до и после внедрения дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра» на рисунке 48.

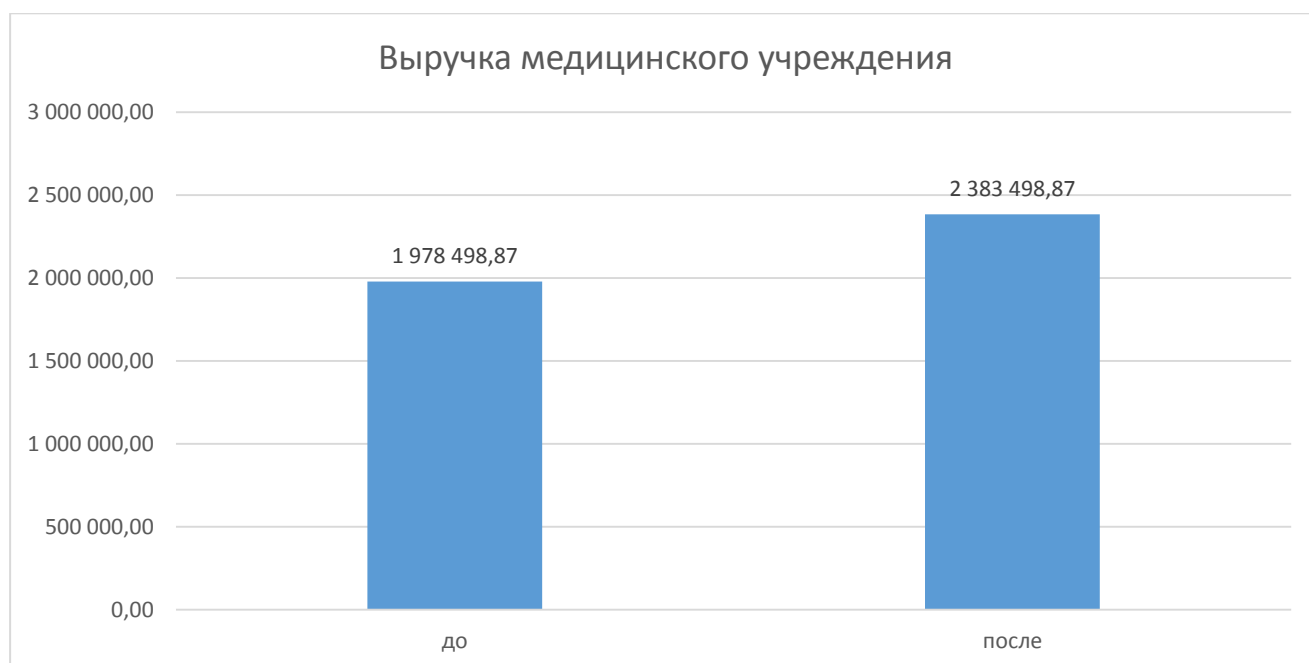


Рисунок 48 – Выручка медицинского учреждения до и после внедрения дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра»

Представим темпы роста выручки медицинского учреждения до и после внедрения дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра» на рисунке 49.



Рисунок 49 – Динамика выручки медицинского учреждения до и после внедрения дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра»

Из данного графика мы видим, что выручка медицинской организации после внедрения дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра» увеличилась на 20%, а значит произошло и повышение финансового обеспечения медицинской организации.

Выводы по 3 главе.

В современных социально-экономических условиях состояние и перспективы развития отечественного здравоохранения в значительной мере определяет уровень его финансовой обеспеченности.

Основными направлениями совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения являются модернизация материально-технической базы и внедрение новых технологий в лечебно-профилактические учреждения,

рациональное использование средств медицинскими учреждениями и развитие деятельности, приносящей доход от оказания платных услуг.

Себестоимость внедренной дополнительной платной услуги составила 227,27 рублей, цена данной услуги составила 250 рублей за 1 обращение, выручка медицинской организации за год составила 405 тыс. рублей, а прибыль составила 36 822,60 рублей.

Выручка медицинской организации после внедрения дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра» увеличилась на 20%, а значит произошло и повышение финансового обеспечения медицинской организации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравоохранение – 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, выполняющее 2 основные функции: воспроизводственная и регулирующая, которые могут выполняться разными медицинскими учреждениями. Медицинские учреждения делятся на лечебно-профилактические учреждения, медицинские учреждения особого типа и медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Источниками финансового обеспечения учреждений в сфере здравоохранения являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, средства обязательного медицинского страхования, а инструментами выступают субсидии на возмещение затрат, связанных с выполнением государственного задания, субсидии на иные цели и бюджетные инвестиции.

В период с 2014г по 2016г число лечебно-профилактических учреждений в среднем увеличилось на 20%.

В течении 3 лет структура лечебно-профилактических учреждений оставалась неизменной, то есть наибольшую часть составляли амбулаторно-поликлинические учреждения(53%), а наименьшую часть составляли учреждения скорой медицинской помощи(5%). Это связано с тем, что все больше людей обращаются за помощью именно в поликлиники.

Общая численность медицинского персонала в течении 3 лет в среднем сокращалась на 1%.

С 2014г по 2016г структура медицинских работников лечебно-профилактических учреждений в Челябинской области была практически неизменна и в долевом соотношении составляла 72% врачей и 28% среднего медицинского персонала.

В течении 3 лет наблюдается увеличение заработной платы врачей в среднем на 16%, что связано с реализацией программ поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных и муниципальных учреждениях, а также наблюдается увеличение заработной платы среднего медицинского персонала на 8% в 2015г и на 13,8% в 2016г по отношению к 2014г. Это может быть связано с привлечением абитуриентов в медицинские колледжи и училища.

Обеспеченность населения медицинскими работниками составляет 0,004 врача и 0,01 среднего медицинского работника на 1 жителя. Это очень низкий показатель, который указывает на нехватку медицинских кадров в лечебно-профилактических учреждениях Челябинской области.

Число обратившихся за медицинской помощью в медицинские учреждения Челябинской области в период с 2014г по 2016г в среднем составляет 2 416 105 человек.

Основными направлениями совершенствования финансового обеспечения сферы здравоохранения являются модернизация материально-технической базы и внедрение новых технологий в лечебно-профилактические учреждения, рациональное использование средств медицинскими учреждениями и развитие деятельности, приносящей доход от оказания платных услуг.

Себестоимость внедренной дополнительной платной услуги составила 227,27 рублей, цена данной услуги составила 250 рублей за 1 обращение, выручка медицинской организации за год составила 405 тыс. рублей, а прибыль составила 36 822,60 рублей.

Выручка медицинской организации после внедрения дополнительной платной услуги «прием врача-педиатра» увеличилась на 20%, а значит произошло и повышение финансового обеспечения медицинской организации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ (ред. от 28.12.2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.consultant.ru.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ (ред. от 07.03.2018) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.consultant.ru.
3. Акинин, П.В. Финансовый механизм обеспечения здравоохранения и его развития / П.В. Акинин, Е.С. Погосян // OPEN INNOVATION: сборник статей II Международной научно-практической конференции. – Пенза: Изд-во «Наука и Просвещение» (ИП Гуляев Г.Ю.), 2017. – С. 196–200.
4. Арстамбек, А.А. Отраслевые особенности финансового обеспечения учреждений здравоохранения / А.А. Арстамбек // Аюшиевские чтения. Финансово-кредитная система: опыт, проблемы, инновации: сборник трудов конференции. – Иркутск: Изд-во Байкальский государственный университет, 2016. – С. 27–34.
5. Арыкбаев, Р.К. Роль медицинского страхования в финансировании здравоохранения в современных условиях / Р.К. Арыкбаев, С.П. Людоговская // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2016. – №6. – С. 11–14.
6. Бобрович, В.В. Состояние финансового обеспечения территориальной программы здравоохранения / В.В. Бобрович, И.В. Богатова, Н.Ф. Шильникова // Забайкальский медицинский вестник. – 2016. – №4. – С. 111–116.
7. Васильев, В.П. О материально-финансовом обеспечении здравоохранения / В.П. Васильев // Социологические исследования. – 2017. – №3(395). – С. 150–154.
8. Глущенко, О.В. Роль финансового обеспечения здравоохранения в достижении благосостояния общества / О.В. Глущенко // Механизм регулирования экономики. – 2016. – №2(72). – С. 72–82.

9. Клишина, Ю.Е. Источники финансового обеспечения учреждений здравоохранения / Ю.Е. Клишина, Е.И. Логвиненко // Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения: сборник трудов международной научной конференции. – Нефтекамск: Изд-во научно-издательский центр «Мир науки», 2017. – С. 174–177.

10. Колесник, В.И. О совершенствовании механизма управления финансовым обеспечением отрасли здравоохранения в регионе / В.И. Колесник // Методология устойчивого экономического развития в условиях новой индустриализации: сборник трудов международной научной конференции. – Симферополь: Изд-во ООО «Антиква», 2016. – С. 395–398.

11. Лях, А.П. Взаимосвязь между финансовым обеспечением и состоянием здравоохранения в России / А.П. Лях, М.С. Сюпова // Ученые заметки ТОГУ. – 2015. – №3. – С. 176–180.

12. Лях, А.П. Современные модели финансирования здравоохранения / А.П. Лях, М.С. Сюпова // Ученые заметки ТОГУ. – 2015. – №3. – С. 181–185.

13. Максимова, Т.Г. Состояние и перспективы финансового обеспечения российского здравоохранения: краткий статистический обзор / Т.Г. Максимова, Ю.Н. Антохин // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2017. – №1-2(103). – С. 173–178.

14. Махнова, Н.А. Совершенствование финансового обеспечения системы здравоохранения Российской Федерации в современных условиях / Н.А. Махнова // Сервис в России и за рубежом. – 2015. – №2(58). – С. 133–140.

15. Молчанова, Н.П. Инновационный подход к обеспечению финансовой устойчивости системы здравоохранения в регионах России / Н.П. Молчанова, А.М. Чилилов // Управленческие науки в современном мире. – 2017. – №1. – С. 365–370.

16. Петренко, А.С. Финансовое обеспечение системы здравоохранения в Российской Федерации / А.С. Петренко, А.В. Курта // Современная экономика: актуальные вопросы, достижения и инновации: сборник статей XI

Международной научно-практической конференции. – Пенза: Изд-во «Наука и Просвещение» (ИП Гуляев Г.Ю.), 2017. – С. 145–148.

17. Петренко, М.С. Финансовое обеспечение системы здравоохранения в РФ на современном этапе / М.С. Петренко // Наука, образование, общество: сборник материалов V Международной научно-практической конференции. – Чебоксары: Изд-во Общество с ограниченной ответственностью «Центр научного сотрудничества "Интерактив плюс», 2017. – С. 120–125.

18. Разумова, С.Н. Развитие финансового обеспечения автономных учреждений здравоохранения / С.Н. Разумова // Актуальные проблемы развития экономики: сборник материалов I Национальной научно-практической конференции. – Махачкала: Изд-во Общество с ограниченной ответственностью «Апробация», 2016. – С. 151–155.

19. Репринцева, Е.В. Система показателей, характеризующих ресурсное обеспечение учреждений здравоохранения / Е.В. Репринцева // Иннов: электронный научный журнал. – 2018. – №2(35). – С. 15.

20. Сидорова, С.М. Современное состояние финансового обеспечения системы здравоохранения в Российской Федерации / С.М. Сидорова // Российские регионы в фокусе перемен: сборник докладов X Международной конференции. – Екатеринбург: Изд-во ООО «Издательство УМЦ УПИ», 2016. – С. 1098–1107.

21. Синицина, Е.В. Формирование финансовой основы для обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи в России / Е.В. Синицина // МИР(Модернизация.Инновации.Развитие). – 2014. – №20. – С. 39–43.

22. Сисигина, Н.Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения / Н.Н. Сисигина // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. – 2017. – №1(35). – С. 77–90.

23. Соломатина, Е.И. Стратегическое планирование в здравоохранении / Е.И. Соломатина // Экономическая среда. – 2017. – №2(20). – С. 85–88.

24. Цаголова, А.О. Опыт реформирования механизма финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации / А.О. Цаголова, З.Б.

Тедеева // Актуальные вопросы экономических наук и современного менеджмента: сборник статей по материалам VIII международной научно-практической конференции. – Новосибирск: Изд-во Ассоциация научных сотрудников «Сибирская академическая книга», 2018. – С. 74–79.

25. Цаголова, А.О. Содержание и специфика финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации / А.О. Цаголова, З.Б. Тедеева // Актуальные вопросы экономических наук и современного менеджмента: сборник статей по материалам VIII международной научно-практической конференции. – Новосибирск: Изд-во Ассоциация научных сотрудников «Сибирская академическая книга», 2018. – С. 80–84.

26. Чугунов, В.И. Современные подходы к прогнозированию объемов финансового обеспечения системы здравоохранения / В.И. Чугунов, О.В. Мурзаева // Финансы и кредит. – 2014. – №14(590). – С. 35–40.

27. Швец, Ю.Ю. Институциональные основы развития системы здравоохранения Российской Федерации / Ю.Ю. Швец // Азимут научных исследований: Экономика и Управление. – 2016. – №1(14). – С. 65–68.

28. Сайт Министерства Здравоохранения Российской Федерации – Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru>.

29. Сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru>.

30. Сайт Министерства здравоохранения Челябинской области – Режим доступа: <http://www.zdrav74.ru>.

31. Сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области: <http://foms74.ru>.