

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ 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 /
« ____ » _____ 2019 г.

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ГБУЗ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3» Г. ЧЕЛЯБИНСКА)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
ЮУрГУ – 38.03.04.2019.1664.ВКР

Руководитель, старший преподаватель кафедры ЭТГМУ
_____/ Т.С. Сурова /
« ____ » _____ 2019 г.

Автор
студент группы ЗЭУ – 520
_____/ Е.М. Хабарова /
« ____ » _____ 2019г.

Нормоконтролер, ассистент кафедры ЭТГМУ
_____/ Д.В. Кремер /
« ____ » _____ 2019 г.

Челябинск 2019

АННОТАЦИЯ

Хабарова Е.М. Финансовое обеспечение деятельности государственного бюджетного учреждения здравоохранения (на примере ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» г. Челябинска)– Челябинск: ЮУрГУ, 76 с., 14 табл., 9 рис., библиогр. список – 54 наим., 2 прил.

Объект исследования – ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» г. Челябинска.

Предмет исследования – государственное регулирование финансового обеспечения ГБУЗ «ОКБ №3»

Цель – анализ государственного регулирования финансового обеспечения учреждения здравоохранения.

В исследовании раскрыты особенности деятельности учреждений здравоохранения, основы финансового обеспечения учреждений здравоохранения. Проведен анализ финансового обеспечения ГБУЗ «ОКБ №3» за счет бюджетных средств и платных услуг. Определены направления по улучшению финансирования учреждения, разработана новая услуга для ГБУЗ «ОКБ №3» и обоснована ее эффективность.

Новизна работы заключается в разработке новой услуги для ГБУЗ «ОКБ №3» - проведение профосмотров для юридических лиц с проведением расчетов себестоимости услуг.

Практическая значимость заключается в возможности реализации предложенных мероприятий в ГБУЗ «ОКБ №3» г. Челябинска.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	7
1 МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СУБЪЕКТ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ	10
1.1 Сущность и функции муниципального учреждения здравоохранения...	10
1.2 Источники финансирования муниципльного учреждения здравоохранения.....	16
2 АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3» Г. ЧЕЛЯБИНСКА	25
2.1 Анализ динамики и структуры бюджетного финансирования муниципального учредения здравоохранения.....	25
2.2 Анализ формирования средств от приносящей доход деятельности бюджетного учреждения здравоохранения.....	36
3 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3» Г. ЧЕЛЯБИНСКА	43
3.1 Основные направления по совершенствованию финансирования деятельности учреждения здравоохранения.....	43
3.2 Проведение профосмотров для юридических лиц как инструмент совершенствования финансирования деятельности муниципального учреждения.....	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	66
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	69
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	75
Приложение А – Выдержка из прейскуранта по платным услугам.....	75

ВВЕДЕНИЕ

Здравоохранение – важнейшая социальная сфера общества. Социально-экономические и политические преобразования, происходящие в стране, оказывают огромное воздействие и на здравоохранение, и на экономику этой отрасли.

Стоит отметить, что социально-экономическое благополучие государства во многом зависит от факторов, определяющих эффективность управления в сфере здравоохранения. В современных условиях экономической деятельности учреждений здравоохранения приоритетными объектами управления стали финансовые, трудовые и материальные ресурсы.

Переход России в 1990-х гг. на рыночный путь развития не мог не повлиять на состояние системы здравоохранения, особенностью которой в современных условиях является многоканальность финансирования: бюджеты всех уровней, внебюджетные фонды ОМС в виде федеральных и территориальных фондов – соответственно ФФОМС и ТФОМС, а также личные средства граждан. Система ОМС не заменила ранее существовавшую бюджетную систему, а только ее дополнила – средства, аккумулированные в ОМС, не превышают 40% общего государственного финансирования здравоохранения. В отличие от европейских систем, формировавшихся в течение десятков лет, российская система ОМС была создана за несколько лет. Существующая сегодня в России смешанная; для бюджетно-страховой модели здравоохранения характерно хроническое недофинансирование.

В отличие от классической модели ОМС, в ее российском варианте между фондом ОМС и медицинским учреждением нет прямой связи, а оплата медицинских услуг осуществляется ТФОМС через посредника – страховую медицинскую организацию.

В этих условиях эффективность управления денежными средствами, поступающими в распоряжение медицинских организаций, является актуальной

задачей менеджмента.

Отечественная экономическая наука в последние годы уделяет внимание теории финансов некоммерческих, в том числе медицинских организаций (К. В. Екимова, М. В. Мельник, Г. Б. Поляк), вопросам внутреннего финансового контроля в учреждениях здравоохранения (И. А. Ануфриева, И. Ю. Гарнов, Т. Ф. Романова), а также планированию и оценке эффективности их деятельности (Ф. Н. Кадыров, Е. Г. Князева, М. М. Левкевич, О. В. Обухова, М. В. Пирогов, А. В. Решетников, И. М. Шейман). Вместе с тем, ощущается недостаток исследований, направленных на разработку конкретных инструментов управления денежными потоками медицинских организаций.

В настоящих условиях проблема оптимизации структуры финансовых ресурсов приобрела исключительную актуальность для учреждений здравоохранения. Ключевой проблемой функционирования всех некоммерческих организаций, а особенно – в сфере здравоохранения в настоящее время является недофинансирование.

Объектом практики является ГБУЗ «Областная клиническая больница № 3» г. Челябинска.

Предметом исследования – государственное регулирование финансового обеспечения ГБУЗ «ОКБ №3»

Целью настоящей работы является анализ государственного регулирования финансового обеспечения учреждения здравоохранения.

Для достижения поставленной цели в работе решены следующие задачи:

- исследовать теоретические основы финансирования обеспечения здравоохранения РФ;
- проанализировать финансирование учреждений здравоохранения Российской Федерации на примере ГБУЗ «ОКБ №3».

В процессе работы применялись системный, институциональный и структурно-функциональный подходы, на основе которых проведен комплексный анализ государственного регулирования системы здравоохранения в субъекте РФ.

При изучении поставленной проблемы были использованы федеральная и региональная нормативная правовая база по регулированию сферы здравоохранения.

Эмпирической базой исследования послужили данные общегосударственной и региональной статистики, а также информация, размещенная на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ.

Практическая значимость исследования заключается в определении основных направлений повышения эффективности финансового обеспечения деятельности учреждений здравоохранения, разработки новой услуги, которая обеспечит учреждению рост финансовых средств для обеспечения текущих расходов и снизить дефицит финансовых ресурсов.

1 МУНИЦИПАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАК СУБЪЕКТ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ

1.1 Сущность и функции муниципального учреждения здравоохранения

Система здравоохранения является одной из сфер жизни общества, обеспечивающей возможность осуществления политических, экономических, научно-образовательных, лечебно-профилактических, управленческих и организационных мероприятий, направленных на реализацию права граждан на сохранение здоровья. Целостная система здравоохранения представлена на рисунке 1.1.

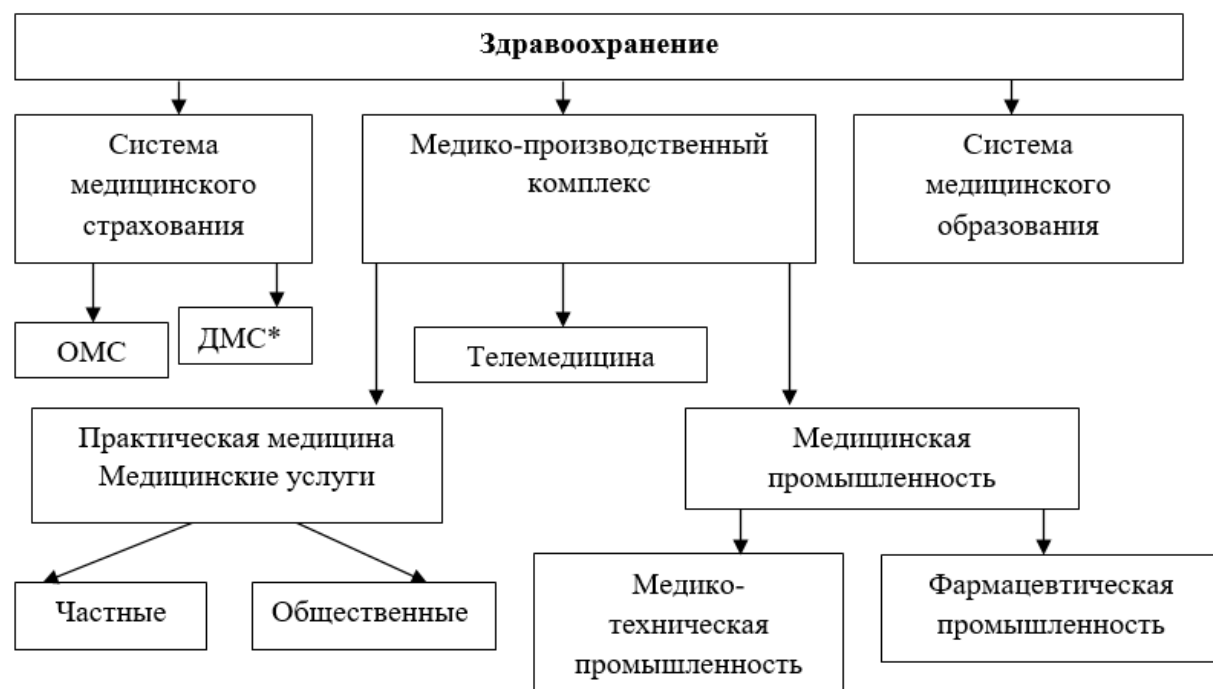


Рисунок 1.1 – Структура системы здравоохранения

В законодательстве России четкого определения здравоохранения до сих пор не сформулировано. В этой связи авторы определяют здравоохранение как сферу деятельности государства, которая включает социально-экономические, политические и медицинские мероприятия, направленные на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого индивида и населения

в целом.

Согласно ст. 41 Конституции Российской Федерации каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета и страховых взносов. [6]

Основные цели здравоохранения:

- поддержание здоровья населения, уменьшение количества заболеваний и летальных исходов;
- повышение доступного и качественного медицинского обслуживания;
- создание условий, обеспечивающих эффективное оказание первой медицинской помощи;
- профилактика заболеваний;
- контроль над реализацией качественного лекарственного обеспечения для льготных слоев населения.

Реализация поставленных целей детерминирует следующие задачи:

- разработка и внедрение высокотехнологичного оборудования;
- увеличение числа высококвалифицированных медицинских работников;
- гарантия безопасности медицинской помощи;
- координация и взаимодействие федерального и муниципального уровней здравоохранения;
- поддержка медицинской науки.

Учреждения здравоохранения, финансируемые за счет бюджетных средств, учреждаются в следующих формах: казенное, бюджетное, автономное учреждение.

Бюджетное учреждение – некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных

органов) или органов местного самоуправления в сферах

Казенное учреждение – это некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируемая им полностью или частично. Казенное учреждение по своему принципу, юридическому и правовому статусу не имеет права заниматься коммерцией – только выполнением конкретных заданий и под конкретно выделенный на жестко оговоренные цели бюджет.

Статус казенного учреждения, по сути, совпадает с закрепленным в действующем законодательстве нынешним статусом бюджетного учреждения с дополнительным ограничением в виде зачисления с 2011 года всех доходов, полученных от приносящей доход деятельности, в соответствующий бюджет.

Автономное учреждение – это новый тип муниципального учреждения, обладающего большей финансово-хозяйственной самостоятельностью и большой степенью ответственности за результаты своей деятельности.

Учреждения здравоохранения принадлежат сфере социального обеспечения.

Медицинская организация является юрлицом, которое осуществляет свою медицинскую деятельность согласно уставу и выданной РФ лицензией. При этом это определение не зависит от организационно-правовой формы. Также положения настоящего Федерального закона действуют на иные юридические лица, которые наряду с основной деятельностью осуществляют также медицинскую практику. При этом указанные положения касаются части по предоставлению медицинских услуг. К МО согласно законодательным законам также приравниваются занимающиеся медицинской деятельностью индивидуальные предприниматели.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в соответствии с предметом и целями деятельности, определенными в соответствии с федеральными законами, иными нормативными правовыми актами, муниципальными правовыми актами и уставом.

Система учреждений здравоохранения состоит из трех типов учреждений здравоохранения:

- лечебно-профилактические учреждения;
- учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы;
- аптечные учреждения.

Каждый тип состоит из нескольких видов учреждений здравоохранения.

К лечебно-профилактическим учреждениям относятся:

1) больничные учреждения (областные, краевые, республиканские, окружные, районные, участковые больницы; госпитали, медико-санитарные части, специализированные больницы – инфекционные, туберкулезные, психоневрологические и др.; центры – наркологический реабилитационный, восстановительной терапии, профессиональной патологии и др.);

2) учреждения здравоохранения особого типа (бюро судебно-медицинской экспертизы, бюро медицинской статистики, патологоанатомическое бюро; лепрозории; хосписы; центры медицины катастроф – федеральные, региональные, территориальные; центры медицинской профилактики и др.);

3) диспансеры (врачебно-физкультурные, онкологические, психоневрологические, противотуберкулезные и т.д.);

4) амбулаторно-поликлинические учреждения (городские, районные поликлиники; детские поликлиники; специализированные поликлиники – консультативно-диагностические, стоматологические, физиотерапевтические; фельдшерско-акушерские пункты; центры – диагностические, восстановительного лечения для детей, лечебной физкультуры и спортивной медицины и др.; амбулатории, лечебницы);

5) учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови (станции переливания крови, скорой медицинской помощи);

6) учреждения охраны материнства и детства (дома ребенка, женские консультации, молочные кухни, родильные дома и др.);

7) санаторно-курортные учреждения (бальнеологические лечебницы,

грязелечебницы, курортные поликлиники, санатории (курорт), санатории-профилактории, детские санатории, санаторный оздоровительный лагерь круглогодичного действия и др.);

8) клиники (клиники высшего медицинского образовательного учреждения, клиники медицинской научной организации).

К учреждениям государственной санитарно-эпидемиологической службы относятся:

1) санитарно-эпидемиологические учреждения (дезинфекционные станции, противочумные центры (станции), центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ, городах и районах, административных округах и районах в городе и другие);

2) учреждения профилактической медицины (Центр гигиенического образования населения в Москве и др.).

К аптечным учреждениям относятся аптеки лечебно-профилактических учреждений, медицинские склады, контрольно-аналитическая лаборатория, центр контроля качества и сертификации лекарственных средств.

В структуру здравоохранения как комплексной социально-культурной отрасли и объекта государственного управления входят также ведомственные учреждения здравоохранения (Министерства обороны РФ, МВД РФ, Министерства путей сообщения РФ, Министерства юстиции РФ и некоторых других министерств и ведомств), полностью аналогичные рассмотренным типам и видам учреждений здравоохранения.

На современном этапе здравоохранение РФ представлено четырехуровневой системой лечебно-профилактической помощи.

Первый уровень – учреждения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь населению в городах и сельской местности. Это поликлиники, врачебные амбулатории, участковые сельские больницы, женские консультации, фельдшерско-акушерские пункты, а также служба скорой медицинской помощи. Главный принцип их работы – оказание амбулаторно-профилактической и

консультативной помощи на определенном территориальном участке. На учреждения первичной медико-санитарной помощи ложится основная нагрузка по всем видам медицинской профилактики, оказанию лечебной помощи 70-80% пациентов, обратившихся за помощью при острых заболеваниях и обострениях хронических.

Второй уровень условно можно обозначить как медицинскую помощь в учреждениях города или района. Это преимущественно учреждения больничного типа: центр, районная больница, городские больницы, родильные дома общего профиля, учреждения реабилитационно-восстановительного назначения, стационары дневного пребывания.

Кроме того, функционируют специализированные диспансеры, ведущие динамическое наблюдение за хроническими больными: противотуберкулезные, онкологические, кожно-венерологические, психоневрологические.

Третий уровень – региональные медицинские учреждения республиканского, краевого, областного значения. Наиболее типичные учреждения – крупные многопрофильные больницы, в которых оказывается медицинская помощь по 20-30 специальностям, а также специализированные акушерские стационары (для женщин с невынашиванием и резус-конфликтной беременностью, с экстрагенитальной патологией и пр.). На базе этих учреждений функционируют специализированные центры (центры реанимации, интенсивной терапии, реабилитации и восстановительного лечения, перинатальной медицины и др.).

В крупных городах создана сеть консультативно-диагностических центров (КДЦ), оснащенных новейшей аппаратурой, позволяющей применять современные медицинские технологии.

Четвертый уровень – учреждения федерального и межрегионального значения, оказывающие наиболее сложные и дорогостоящие виды медицинской помощи. Они функционируют в составе научных центров МЗ, Академии медицинских наук, клиник медицинских ВУЗов, федеральных клинических учреждений.

Руководство здравоохранением осуществляется высшим органом

государственной власти – Министерством здравоохранения РФ, в регионах – территориальными органами управления здравоохранением. Финансируется здравоохранение из федерального бюджета и бюджетов регионов.

1.2 Источники финансирования муниципального учреждения здравоохранения

Финансирование - это безвозмездное и безвозвратное предоставление государством денежных средств в разных формах - предприятиям, организациям и учреждениям для осуществления их текущей деятельности.

Законодательством определены следующие источники финансирования МО:

- поступления из федерального бюджета, перераспределяемые через региональный бюджет;
- финансирование из регионального бюджета;
- средства ОМС;
- доходы от предпринимательской деятельности.

Источники финансирования здравоохранения в России представлены на рисунке 1.2 [19].

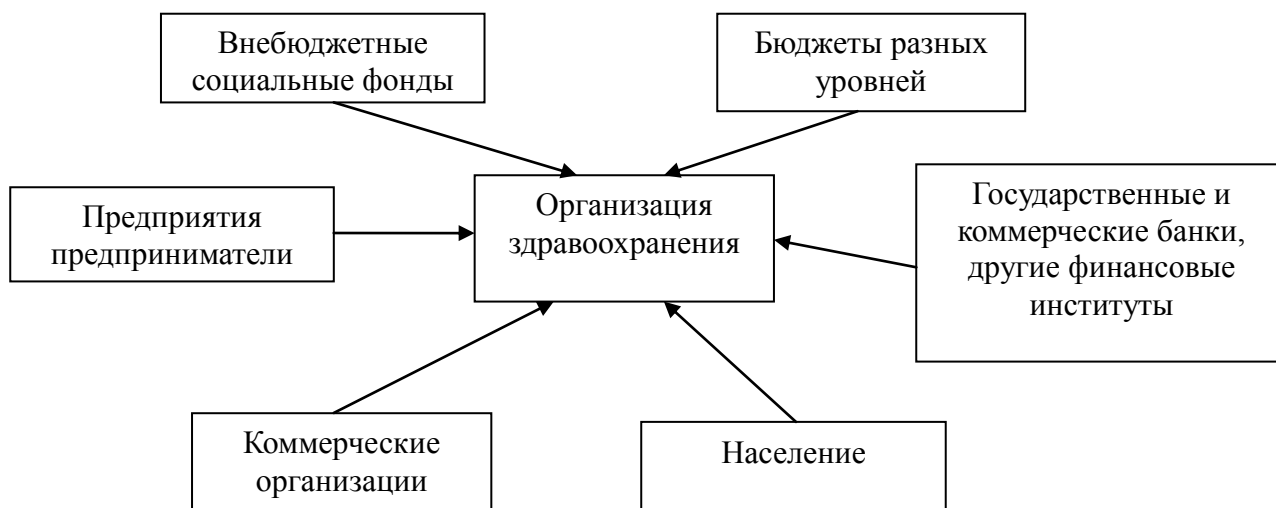


Рисунок 1.2 - Источники финансирования здравоохранения в РФ

Согласно статьи 41 Конституции Российской Федерации, бесплатность оказания медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения обеспечивается посредством финансирования деятельности средствами бюджета, страховых взносов, других поступлений. Причем наиболее важными из них являюся средства бюджета. Данное утверждение позволяет рассмотреть вопрос о непосредственном финансировании медицинской помощи из средств федерального бюджета (в дополнение к средствам обязательного медицинского страхования).

Финансирование осуществляется на основе следующих принципов: целенаправленности; финансирования в меру исполнения работ, услуг; соблюдения финансовой дисциплины.

Принцип целенаправленности закрепляет положение, согласно которому все расходы имеют предметно-целевое назначение: заработная плата, командировки, текущие расходы и т. д.

Финансирование в меру выполнения работ и услуг означает, что средства выделяются в соответствии с фактическим выполнением работ и услуг, их количественными и качественными показателями.

Соблюдение финансовой дисциплины выступает условием правильного и законного расходования денежных средств.

Финансирование медицинских организаций из средств бюджетов разных уровней осуществляется в форме бюджетных ассигнований, безвозмездно выделяемых для финансового обеспечения деятельности бюджетных лечебно-профилактических учреждений [23]. Ассигнования – это государственные материальные средства, передаваемые на выполнение определенного проекта в рамках федерации или региона, а также для осуществления деятельности коммерческими предприятиями. Видами ассигнований являются субсидии, субвенции, дотации. Поступления из бюджетной системы для медицинских учреждений включают субсидии на выполнение государственного задания и целевые субсидии.

Бюджетная субсидия на выполнение государственного или муниципального задания. Данная субсидия является обязательной, любое бюджетное учреждение должно ее получать от учредителя вместе с установленным государственным или муниципальным заданием.

Размер субсидии определяется учредителем на основе следующих факторов: Как порядок финансового обеспечения государственных или муниципальных заданий, так и порядок предоставления субсидий на их выполнение устанавливаются Правительством РФ в отношении федеральных бюджетных учреждений, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ в отношении государственных бюджетных учреждений субъекта РФ и местной администрацией в отношении муниципальных бюджетных учреждений .

Бюджетная субсидия на цели, не связанные с выполнением государственного или муниципального задания. Предоставление данных субсидий бюджетным учреждениям предусматривается федеральным законодательством. Но, в отличие от субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного или муниципального задания, такая субсидия не является обязательной: вопрос об ее предоставлении решается учредителем, а порядок определения объема и условия предоставления субсидий устанавливаются в отношении федеральных учреждений Правительством РФ, в отношении государственных учреждений субъекта РФ - высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, в отношении муниципальных учреждений - местной администрацией (ч. 1 ст. 78.1 БК РФ).

Главным содержательным элементом данных нормативных правовых актов является то, на какие именно цели, не связанные с выполнением государственного или муниципального задания, бюджетные учреждения могут получать данные субсидии от учредителя. В нормотворческой практике учредителей цели могут быть разнообразными: эти субсидии могут предоставляться на приобретение основных средств (в том числе недвижимого имущества), проведение

капитального ремонта и реконструкции, мероприятий по ресурсосбережению, реализацию различных мероприятий в рамках целевых программ, обучение и повышение квалификации сотрудников, исполнение судебных решений, ликвидацию последствий стихийных бедствий, погашение кредиторской задолженности, проведение юбилейных мероприятий, реализацию социально значимых грантовых проектов, осуществление мероприятий, связанных с началом деятельности или ликвидацией учреждения, и т. д. Таким образом, субсидии на иные цели являются механизмом предоставления бюджетных инвестиций (бюджетных средств, направляемых на создание или увеличение за счет средств бюджета стоимости государственного или муниципального имущества), укрепления ресурсов учреждения (как материальных, так и нематериальных), обеспечения участия учреждения в мероприятиях, не предусмотренных ранее установленным государственным или муниципальным заданием, финансирования определенных форс-мажорных расходов, которые могут возникать у учреждения.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) стоит в основе функционирования российской системы здравоохранения. В соответствии с законодательством, все граждане, включенные в систему страхования, вправе получить бесплатную медицинскую помощь на территории всей Российской Федерации.

Важнейшая характеристика системы ОМС – целевое формирование средств на здравоохранение. Взносы работодателей и платежи муниципальных органов на неработающую часть населения идут не в общий бюджет, а непосредственно на нужды здравоохранения. В классической модели ОМС основным источником поступлений является налог на заработную плату (взносы на ОМС), а роль бюджетов всех уровней сводится к выделению относительно небольших субсидий.

Обязательное медицинское страхование как объект правового регулирования наделено системой принципов. Они нашли отражение в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [2].

В первую очередь хочется отметить принцип обеспечения бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая. Данный принцип закреплен в статье 41 Конституции РФ [1]. Соблюдение названного принципа гарантирует каждому нуждающемуся гражданину безвозмездное получение различных видов медицинской помощи. Бесплатная медицинская помощь оказывается в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования.

Не меньший интерес представляет принцип устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования. Он означает, что наличие эффективных экономических рычагов, с помощью которых государство обеспечивает непрерывное и своевременное финансирование обязательств в рамках отношений обязательного медицинского страхования, в частности, по своевременному перечислению из бюджета денежных средств медицинским и медицинским организациям. По сути, финансовая система обязательного медицинского страхования провозглашена автономной.

Затем рассмотрен принцип обязательности уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Как и любое страхование, обязательное медицинское страхование обеспечивается главным образом за счет средств, которые страховщик получает от страхователей.

Не менее важным принципом ОМС является государственная гарантия защиты застрахованных лиц от социальных рисков. Государство обеспечивает соблюдение прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному возникновением расходов у Страховщика, и в иске о возмещении убытков отказано правомерно.

Принцип создания условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования позволяет гражданам иметь полноценный доступ к медицинским услугам и дает права требовать высокое качество оказания

медицинской помощи.

Стоит отметить, что согласно ч. 7 ст. 35 Закона № 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя:

- расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;
- расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов;
- расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования);
- расходы на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинском учреждении);
- расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг;
- расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества;
- расходы на арендную плату за пользование имуществом;
- расходы на оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ;
- расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 000 руб. за единицу.

В условиях нестабильной экономики и сокращения государственного финансирования в Российской Федерации особенно актуальными становятся вопросы организации оказания медицинской помощи на платной основе, которая позволяет государственным и муниципальным медицинским организациям зарабатывать средства и самостоятельно распоряжаться ими. В настоящее время в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения платные медицинские услуги оказывают, используя как правило инфраструктуру и материально-техническую базу, приобретенную за бюджетные средства. При этом, она предназначена для оказания медицинской помощи в

рамках территориальных программ, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Общепризнано, что система оплаты медицинских услуг должна быть направлена на:

- стимулирование повышения качества медицинской помощи при сокращении расходов;
- обеспечение возможности планирования доходов медицинской организации;
- мотивирование снижения управленческих расходов;
- обеспечение возможности перераспределения финансовых ресурсов в целях повышения результативности их использования.

Финансовое управление в медицинской организации предполагает учет особенностей оплаты медицинской помощи в процессе оперативного планирования доходов и направлений их использования.

Планирование доходов медицинской организации следует осуществлять, учитывая источники финансирования медицинских услуг и их плановую стоимость или прейскурантную цену.

В процессе исполнения финансового плана по доходам необходим контроль за динамикой показателей исполнения плана по структуре и объему оказываемой медицинской помощи, а также за исполнением сроков оплаты оказанных услуг.

Виды и объем услуг целесообразно планировать в разрезе способов оплаты медицинской помощи, финансируемых за счет данного источника. В соответствии с принципом оптимизации плановых решений возможно составление альтернативных вариантов планов доходов, основанных на альтернативной структуре доходных источников. Методика планирования доходов должна быть гибким инструментом, меняющимся в соответствии с внешними и внутренними параметрами хозяйствования.

Следует подчеркнуть, что планируемые поступления от оказания медицинской услуги в случае ее оплаты за счет средств ОМС или средств пациентов принимаются равными цене услуги или тарифу, по которой она будет

реализована. При бюджетном финансировании ситуация другая. Утверждаемая сумма субсидии никак не связана с совокупными затратами на общее количество оказываемых услуг. Получается, что чем больше оказано услуг, тем они дешевле. При росте объемов медицинской помощи услуга подвержена удешевлению, при снижении – удорожанию. Медицинская организация вынуждена ориентироваться не на качество услуги или эффективность затрат, а на снижение расходов.

Не располагая полномочиями влиять на цены на медицинские услуги, оказываемые по программе государственных гарантий, медицинская организация может регулировать фактические затраты по конкретному виду помощи. Анализ соотношения фактических затрат на услугу и плановой или средней стоимости услуги является актуальной задачей финансового управления в медицинских организациях. Финансовый менеджмент в рамках предпринимательской деятельности должен быть нацелен на оптимизацию структуры услуг, ценообразования и системы инкассации денежных поступлений. Практику управление только в связи с перераспределением предпринимательских доходов на недофинансируемые из бюджета и системы ОМС медицинские услуги необходимо преодолеть.

К настоящему времени осуществлен переход к финансированию госзадания по единым нормативам затрат на медицинские услуги в соответствующем регионе. Финансирование медицинской организации осуществляется по нормативу, который должен быть не ниже среднего показателя по региону.

Объем средств на финансовое обеспечение гарантированных населению медицинских услуг в этом случае определяется следующими факторами: базовыми нормативами финансирования и корректирующими коэффициентами в разрезе видов услуг, объемами услуги по госзаданию, затратами на содержание имущества медицинской организации, и др. Таким образом, затратный подход финансирования медицинских услуг заменен на финансирование по нормативной стоимости. В этих условиях медицинская организация получает больше рычагов

для управления доходами и финансовой эффективностью основной деятельностью.

Обеспеченность финансовыми ресурсами медицинской организации зависит не только от обоснованности их финансовых планов, но и от утвержденных объемов бюджетных ассигнований на здравоохранение и стоимости территориальной программы обязательного медицинского страхования в регионе.

Вывод по главе

Нормативное регулирование учреждений здравоохранения основывается на правовых актах Российской Федерации. Финансирование деятельности учреждений здравоохранения, собственником которых являются муниципальные образования России, осуществляется на основании положений содержащихся в Бюджетном Кодексе.

В настоящее время источники финансового обеспечения деятельности государственных учреждений здравоохранения представлены следующими видами: средства бюджетов России, фонды медицинского страхования, государственные программы, внебюджетные средства от оказания платных медицинских услуг. За счет фондов медицинского страхования финансируются прямые расходы связанные с лечебной деятельностью. Бюджетное финансирование осуществляется в рамках сметного финансирования. Средства, полученные от оплаты платных услуг, распределяются учреждением самостоятельно.

Для оценки государственного регулирования финансового обеспечения учреждений здравоохранения используют данные, представленные в финансовой отчетности. Основным источником информации является отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности.

2 АНАЛИЗ ФИНАНСИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 Анализ динамики и структуры бюджетного финансирования муниципального учреждения здравоохранения

Государственное Бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3» (далее ГБУЗ ОКБ №3) создано на основании Постановления Администрации города Челябинска № 114-п от 03.06.2016 г. «Об утверждении Положения о порядке создания, реорганизации и ликвидации муниципальных учреждений города Челябинска и в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом «О некоммерческих организациях».

Учредителем ГБУЗ ОКБ №3 от имени муниципального образования «город Челябинск» является Администрация города Челябинска в лице Управления здравоохранения Администрации г. Челябинска, зарегистрированное Постановлением Главы администрации города Челябинска № 824-П от 30.06.1997г., регистрационный номер 7891. далее именуемое «Учредитель».

В своей деятельности ГБУЗ ОКБ №3 руководствуется действующим законодательством, муниципальными правовыми актами города Челябинска и уполномоченных должностных лиц Администрации города Челябинска, принятыми в пределах их компетенции, установленными муниципальными правовыми актами Администрации города Челябинска, настоящим Уставом.

По своей принадлежности ГБУЗ ОКБ №3 относится к отрасли социального обслуживания.

ГБУЗ ОКБ №3 создано для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов местного самоуправления города Челябинска в сфере здравоохранения.

Главными преимуществами ОДКБ являются: оснащённость современным диагностическим и лечебным оборудованием, применение современных технологий и протоколов лечения, рекомендованных ВОЗ, комплексный подход к диагностике и лечению, высококвалифицированный кадровый состав - все это помогает в достижении нашей цели – повышение качества жизни населения

Благодаря успешно реализованной программе мероприятий Областной целевой программы «Модернизации здравоохранения Челябинской области на 2011-2015 годы» больница оснащена самым современным лечебным и диагностическим оборудованием, а годами наработанный опыт врачей позволяет оказывать медицинскую, консультативную и диагностическую помощь пациентам на высоком профессиональном уровне.

Управление Бюджетным учреждением осуществляет Главный врач (далее Руководитель) назначаемый и освобождаемый от должности Учредителем по согласованию с Собственником. Заместители Руководителя назначаются на должность и освобождаются от должности Руководителем Бюджетного учреждения в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации по согласованию с Учредителем.

Руководитель действует на основе законодательства Российской Федерации, настоящего Устава Бюджетного учреждения, работает на основе трудового договора, заключаемого с Учредителем.

Руководитель является исполнительным органом Бюджетного учреждения, осуществляет текущее руководство деятельностью Бюджетного учреждения и подотчетен Учредителю. Срок полномочий исполнительного органа устанавливается в соответствии с действующим законодательством.

Руководитель по вопросам, отнесенным законодательством и настоящим Уставом к его компетенции, действует на принципах единоначалия.

Источниками формирования имущества и финансовых ресурсов Бюджетного учреждения являются:

- имущество, закрепленное за ним на праве оперативного управления;

- бюджетные поступления в виде субсидий;
- средства от оказания платных услуг и выполнения платных работ;
- средства спонсоров и добровольные пожертвования граждан;
- иные источники, не запрещенные действующим законодательством.

Имущество и средства Бюджетного учреждения отражаются на его балансе и используются для достижения целей, определенных настоящим Уставом.

Доходы Бюджетного учреждения и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение Бюджетного учреждения. Средства от деятельности, приносящей доходы, а также средства, полученные в результате пожертвований российских и иностранных юридических и физических лиц, и приобретенное за счет этих средств имущество поступают в самостоятельное распоряжение Бюджетного учреждения.

Проведем анализ источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг.

Горизонтальный анализ источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 представлен в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Горизонтальный анализ источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3

Наименование источника финансирования	2016 год тыс. руб.	2017 год тыс. руб.	2018 год тыс. руб.	Отклонение (+/-)	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Городской бюджет	48 833	93 619	96 508	44 786	2 889
ФОМС	205 120	204 748	206 560	-372	1 812
Платные услуги	9 306	9 008	9 102	-298	94
Субвенции для участковой службы	3 200	3 519	3 612	319	93
Дополнительная диспансеризация	1 477	1 186	1 258	-291	72
Серебросодержащие отходы	0	35	40	35	5
Безвозмездные поступления (Минздрав, УЗАГ)	0	6 229	7 205	6 229	976
Итого	267 936	318 344	324 285	50 408	5 941

Исходя из данных таблицы 2.1, можно сделать вывод о том, что к 2017 г. по сравнению с 2016 г. общая сумма источников финансирования выросла на 50 408 тыс. руб., а к 2018 г. – на 5 941 тыс. руб.

Источники финансирования деятельности ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг. представлены средствами городского бюджета, фонда обязательного медицинского страхования, платными услугами, субвенциями для участковой

службы, средствами на дополнительную диспансеризацию.

Также в 2017-2018 г. источниками поступлений были серебросодержащие отходы и безвозмездных поступлений от Минздрава.

В 2017 г. по сравнению с 2016 г. сокращения достигли поступления из городского бюджета (+ 44 786 тыс. руб.), субвенций для участковой службы (+319 тыс. руб.), безвозмездных поступлений (+6 2259 тыс. руб.). Сокращения достигли средства из ФОМСа (-372 тыс. руб.), доходы от платных услуг (-298 тыс. руб.), средств на дополнительную диспансеризацию (-291 тыс. руб.). В 2018 г. по сравнению с 2017 г. наибольшего роста достигли средства городского бюджета (+ 2 889 тыс. руб.), ФОМСа (+1 812 тыс. руб.), платных услуг (+ 94 тыс. руб.), безвозмездных поступлений (+976 тыс. руб.)

Проведем вертикальный анализ источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг. Результаты расчетов представим в таблице 2.2.2.

Таблица 2.2 – Анализ финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг., %

Наименование источника финансирования	2016 год	2017 год	2018 год	Отклонение (+/-)	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Городской бюджет	18,23	29,41	29,76	11,18	0,35
ФОМС	76,56	64,32	63,70	-12,24	-0,62
Платные услуги	3,47	2,83	2,81	-0,64	-0,02
Субвенции для участковой службы	1,19	1,11	1,11	-0,08	0
Дополнительная диспансеризация	0,55	0,37	0,39	-0,18	0,02
Серебросодержащие отходы	0,00	0,01	0,01	0,01	0
Безвозмездные поступления (Минздрав, УЗАГ)	0,00	1,96	2,22	1,96	0,26
Итого	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Представим полученные данные на рисунке 2.1, 2.2, 2.3.

Исходя из данных таблицы 2.2, можно сделать вывод о том, что наибольшего удельного веса в структуре источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за три анализируемых периода занимают средства городского бюджета и фонда обязательного медицинского страхования. В 2016 г. большую часть поступлений занимали средства, направленные из фонда обязательного медицинского страхования (76,56%) и городского бюджета (18,23%). Доля платных услуг составила 3,47%. Наименьшую долю занимали субвенции участковой службе

(1,19%), средства дополнительной диспансеризации (0,55%).



Рисунок 2.1 – Структура источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за 2016 гг.

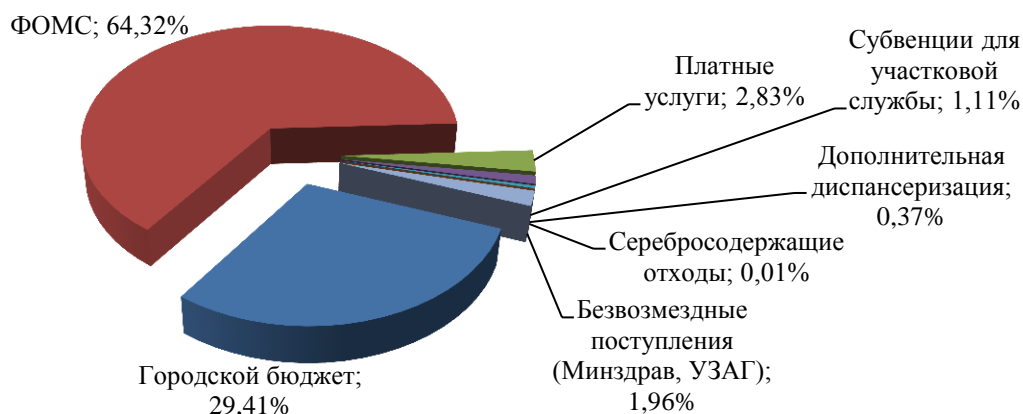


Рисунок 2.2 – Структура источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за 2017 гг.

В 2017 г. доля средств из ФОМС сократилась до 64,32%, а доля средств из городского бюджета выросла на 11,18%, платных услуг сократилась на 0,64%, субвенций для участковой службы – на 0,0%, средств дополнительной диспансеризации – на 0,18%.

В 2018 г. доля средств из городского бюджета выросла на 0,35%, средств из

ФОМСа сократилась на 0,62%, а доля платных услуг – на 0,62%.

Доля средств дополнительной диспансеризации выросла на 0,02%. Доля серебросодержащих отходов составила 0,01%, доля безвозмездных поступлений – 2,22%.

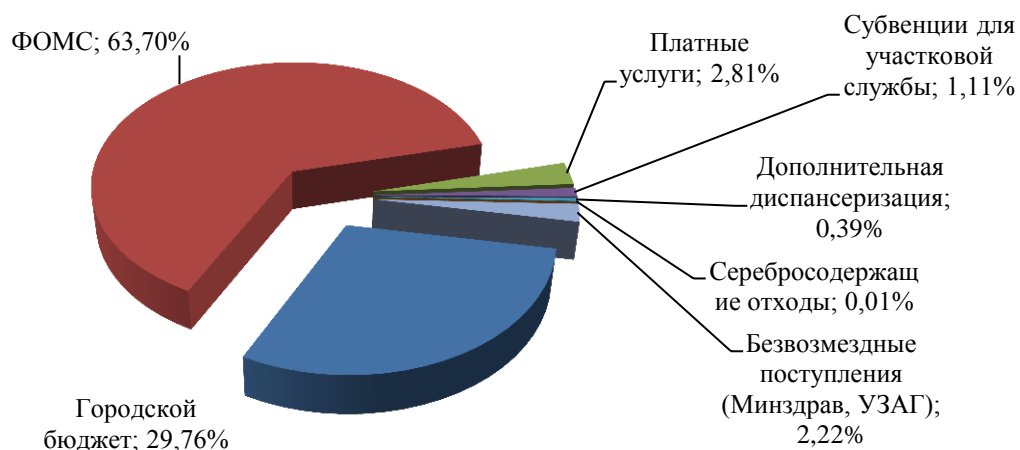


Рисунок 2.3 – Структура источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за 2018 гг.

В целом проведенный анализ источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 позволил сделать вывод о том, что основную часть финансирования учреждение получает из фонда обязательного медицинского образования и городского бюджета.

В таблице 2.3 приведен анализ финансирования на оказание единицы медицинской услуги.

Таблица 2.3 – Анализ стоимости услуг в ГБУЗ ОКБ №3 финансируемых из ФОМС

Показатели	2016		2017		2018	
Скорая медицинская помощь						
Количество вызовов, шт	12598	11768	12318	9112	11818	9868
Стоимостное выражение, тыс. руб.	19830	18959	19708	15928	19500	16874
Стоимость одной услуги, руб.	1574	1611	1600	1748	1650	1710
Амбулаторно-поликлиническая помощь						
Количество посещений, шт	464618	423132	404389	394506	392464	395071
Стоимостное выражение, тыс. руб.	120336	125247	125765	127031	135400	133534
Стоимость одной услуги, руб.	259	296	311	322	345	338
Стационарная помощь						
Количество койко-дней, кд	13641	12276	13196	13667	12965	11695
Стоимостное выражение, тыс. руб.	47892	45690	47900	48530	48100	44582

Продолжение таблицы 2.3

Показатели	2016		2017		2018	
Стоимость одной услуги, руб.	3511	3722	3630	3551	3710	3812
Дневной стационар						
Количество пациенто-дней, пд	32205	29734	31198	24830	23913	21546
Стоимостное выражение, тыс. руб.	15877	15224	16223	13259	13200	11570
Стоимость одной услуги, руб.	493	512	520	534	552	537

Из приведенной таблицы видно, что ежегодно происходит рост стоимости услуг, а вот количество оказываемых услуг сокращается.

В таблице 2.4 представлен анализ стоимости услуг по проведению диспансеризации.

Таблица 2.4 – Динамика показателей финансирования диспансеризации

Показатели	2016	2017	2018
Стоимость услуг, руб.	3122,62	3340,85	3710,91
Количество услуг, шт	473	355	339
Финансирование диспансеризации, тыс. руб.	1477	1186	1258

Из приведенной таблицы видно, что финансирование диспансеризации в расчете на одну услугу имеет тенденцию роста. В рассматриваемом периоде стоимость одной услуги выросла на 118,84%. При этом количество людей прошедших диспансеризацию сокращается. На сокращение количества граждан оказывает влияние наличие постоянных очередей в больнице к узким специалистам.

Проведем анализ расходов по источникам ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг. Рассмотрим состав произведенных расходов из бюджета города за 2016-2018 гг.

Результаты расчетов представим в таблице 2.5.

Таблица 2.5 - Состав расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг., тыс. руб.

Наименование источника финансирования	2016 год	2017 год	2018 год	Отклонение (+/-)	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Заработная плата с начислениями	180 111	219 876	217 781	39 765	-2 095
Медикаменты	40 370	42 806	43 606	2 436	800
Коммунальные услуги	12 675	17 278	19 700	4 603	2 422
Связь	780	803	730	23	-73
Содержание транспорта	1 171	1 346	2 442	175	1 096
Питание	8 576	8 309	8 402	-267	93
Содержание имущества	12 213	22 822	10 296	10 609	-12 526

Продолжение таблицы 2.5

Наименование источника финансирования	2016 год	2017 год	2018 год	Отклонение	
				2017 / 2016	2018 / 2017
				-1 831	110
Прочие (учеба, охрана и др.)	5 861	24 083	25 802	18 222	1 719
Итого	268 098	341 833	333 379	73 735	-8 454

Общая сумма расходов ГБУЗ ОКБ №3 в 2016 г. составила 268 098 тыс. руб., в 2017 г. выросла до 341 833 тыс. руб., в 2018 г. сократилась до 333 379 тыс. руб.

В 2017 г. по сравнению с 2016 г. наибольший рост произошел по таким статьям расходов как заработная плата (+39 765 тыс. руб.), коммунальные услуги (+4 606 тыс. руб.), содержание имущества (+10 609 тыс. руб.), прочие (+18 222 тыс. руб.), медикаменты (+2 436 тыс. руб.). Сокращение произошло по таким статьям расходов, как питание (-267 тыс. руб.) и основные средства (-1 831 тыс. руб.). В 2018 г. по сравнению с 2017 г. наибольший рост произошел по таким статьям расходов как коммунальные услуги (+2 422 тыс. руб.), содержание транспорта (+1 096 тыс. руб.), прочие (+1 719 тыс. руб.). Сокращение произошло в части затрат на заработную плату (-2 095 тыс. руб.) и затрат на содержание имущества (- 12 526 тыс. руб.).

Рассмотрим структуру расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг. Результаты расчетов представим в таблице 2.6.

Таблица 2.6 - Анализ структуры расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг., %

Наименование источника финансирования	2016 год	2017 год	2018 год	Отклонение (+/-)	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Заработная плата	67,18	64,32	65,33	-2,86	1,00
Начисления на оплату труда	15,06	12,52	13,08	-2,54	0,56
Услуги связи	4,73	5,05	5,91	0,33	0,85
Транспортные услуги	0,29	0,23	0,22	-0,06	-0,02
Коммунальные услуги	0,44	0,39	0,73	-0,04	0,34
Услуги по содержанию имущества	3,20	2,43	2,52	-0,77	0,09
Арендная плата	4,56	6,68	3,09	2,12	-3,59
Прочие расходы	2,37	1,32	1,39	-1,05	0,07
Обслуживание долговых обязательств	2,19	7,05	7,74	4,86	0,69
Итого	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00

Вертикальный анализ расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2016 год представлен на рисунке 2.4.

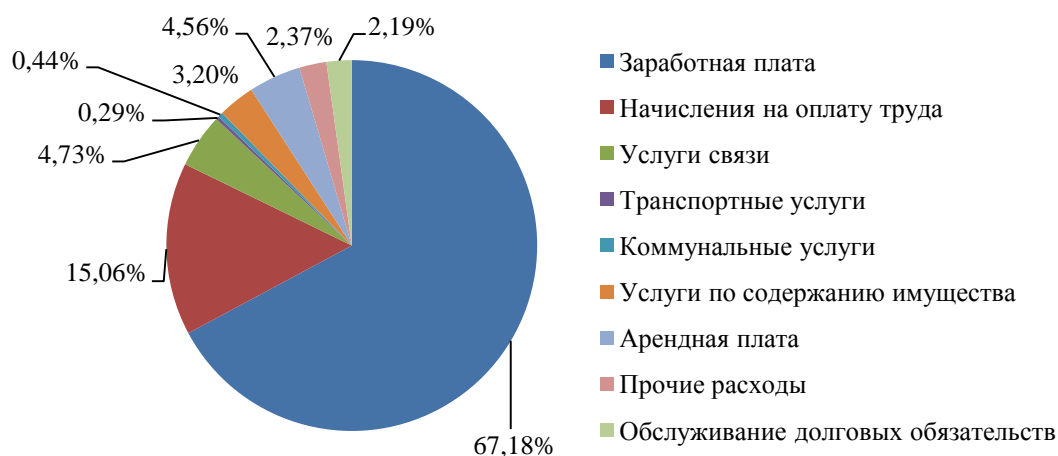


Рисунок 2.4 – Вертикальный анализ расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2016 год

Наибольший удельный вес в структуре расходов ГБУЗ ОКБ №3 занимают заработная плата, начисления на нее и арендная плата. В 2016 г. доля заработной платы составила 67,18%, доля начислений – 15,06%. В 2017 г. доля заработной платы составила 64,32%, а доля начислений – 12,52%. В 2018 г. доля заработной платы достигла 65,333%, а доля начислений на оплату труда 13,08%. Вертикальный анализ расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2017 год представлен на рисунке 2.5.

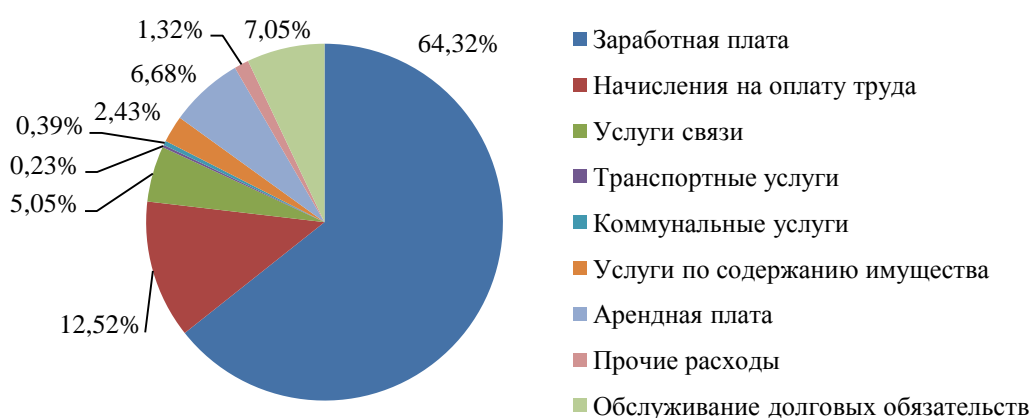


Рисунок 2.5 – Структура расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2017 год

Наибольший удельный вес в структуре расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2017 год занимают заработная плата, начисления на нее и арендная плата.

Вертикальный анализ расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2017 год представлен на рисунке 2.6.

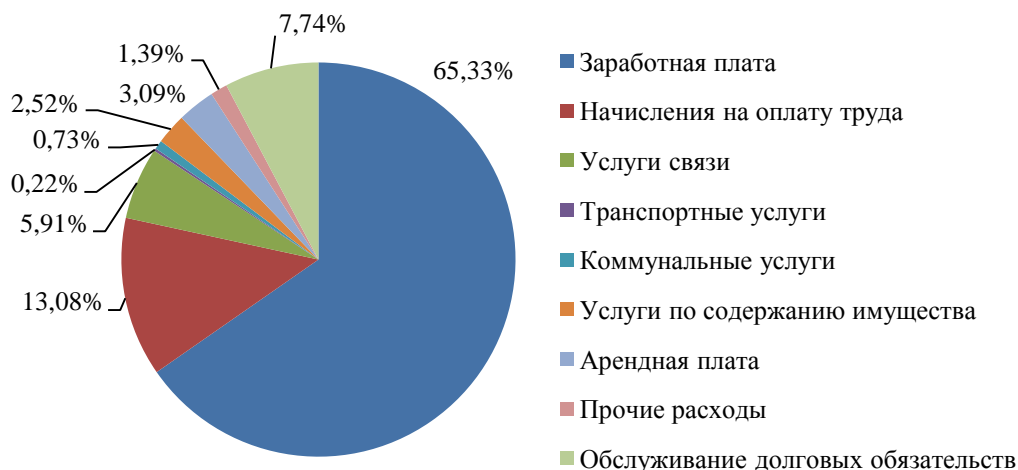


Рисунок 2.6 – Структура расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2018 год

Наибольший удельный вес в структуре расходов ГБУЗ ОКБ №3 за 2018 год также занимают заработная плата, начисления на нее и арендная плата.

Анализ соотношения доходов и расходов ГБУЗ ОКБ №3 представлен в таблице 2.7.

Таблица 2.7 - Анализ соотношения доходов и ГБУЗ ОКБ №3

Наименование источника финансирования	2016 год	2017 год	2018 год	Отклонения (+/-)	
				2017 / 2016	2018 / 2017
Доходы, всего	267 936	318 344	324 285	50 408	5 941
Расходы, всего	268 098	341 833	333 379	73 735	-8 454
Общее соотношение доходов и расходов	1,00	0,93	0,97	-0,07	+0,04

Анализ соотношения доходов и расходов ГБУЗ ОКБ №3 представлен графически на рисунке 2.7.

В 2016 г. общая сумма расходов ГБУЗ ОКБ №3 не превышает сумму доходов.

В 2017 г. общая сумма доходов ГБУЗ ОКБ №3 соответствует расходам на 93%.

В 2018 г. общая сумма доходов ГБУЗ ОКБ №3 соответствует расходам,

произведенным из городского бюджета на 97%.

Таким образом, ГБУЗ ОКБ №3 испытывает дефицит в ресурсах на осуществление текущей деятельности.

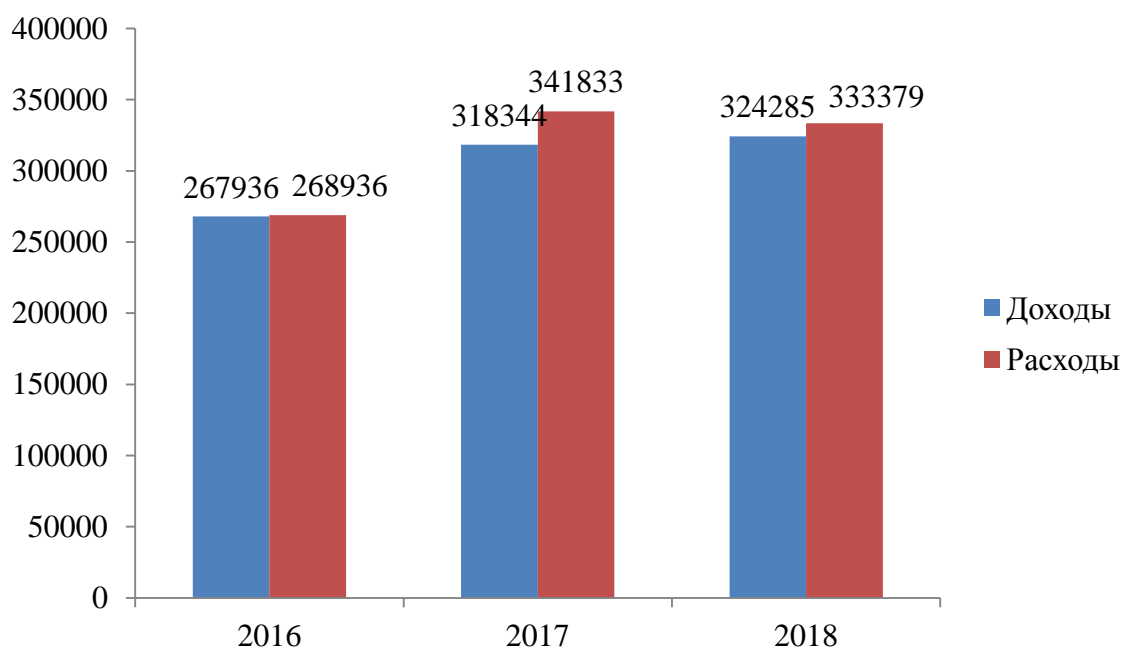


Рисунок 2.7 – Анализ соотношения доходов и расходов ГБУЗ ОКБ №3

Дефицит финансовых ресурсов в системе ОМС объясняется методическим подходом к определению подушевых нормативов финансирования. Фактические затраты как непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи, так и необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации учитываются только при расчете коэффициентов дифференциации затрат по половозрастным группам. Среднедушевой норматив финансирования больницы (определяющий компонент формулы) находится в зависимости от поступлений денежных средств по страховым взносам в отчетном периоде в фонд медицинского страхования. По сути – это разновидность остаточного принципа финансирования.

Тарифы на оплату медицинских услуг поликлиник рассчитываются «на основании подушевой нормы финансового обеспечения медицинской организации, исходя из данных об объеме средств в соответствии с установленной долей средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской

помощи и численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. При определении доли средств подушевого финансирования учитывается соотношение объема медицинской помощи, включенного в подушевой норматив, к общему объему оказанной медицинской помощи.»

Таким образом, тарифы на оплату медицинских услуг тоже зависят от поступивших на ОМС финансовых ресурсов, прежде всего, страховых взносов. По нашим оценкам недофинансирование (разница между понесенными затратами и поступившей оплатой) в процентах к фактическим затратам в среднем в многопрофильной медицинской организации составляет 6%, а по амбулаторно-поликлинической помощи – 13%.

Правила ОМС предусматривают пересмотр тарифов на медицинские услуги не реже, чем через три года. Увеличение тарифов на терапевтические услуги в 2018 году объясняется их плановым пересчетом. Однако, инфляция нивелировала их рост уже в следующем году. Таким образом, динамика тарифов соответствует характеру изменения подушевых нормативов финансирования медицинской помощи.

2.2 Анализ формирования средств от приносящей доход деятельности бюджетного учреждения здравоохранения

При отсутствии реального роста финансирования здравоохранения из бюджетной системы обеспечение сбалансированности доходов и расходов медицинских организаций возможно за счет либо роста цен на медицинские услуги, оказываемые на платной основе, либо роста количества этих услуг. Данный резерв ограничен платежеспособным спросом населения.

Предоставление платных медицинских услуг в больнице осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 4.10.2012г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», лицензией на осуществление

медицинской деятельности от 24.12.2018 г.

Платные медицинские услуги оказываются самостоятельно обратившимся гражданам с предварительным оформлением договора на оказание платных медицинских услуг по прейскуранту, разработанному в соответствии с нормативно-правовыми актами (Приложение А).

Расчет цен на платные медицинские услуги производится учреждением самостоятельно. Тарифы формируются учреждением исходя из себестоимости их оказания, спроса на платную услугу, требований к качеству платных услуг, а также с учетом положений нормативных правовых актов по определению расчетно-нормативных затрат на оказание платной услуги. Предельный уровень рентабельности на медицинские услуги устанавливается не более 20 %.

Общая стоимость платного медицинского обслуживания, предъявляемая пациенту, может быть сформирована из:

- стоимости услуг операционной бригады при хирургическом вмешательстве;
- стоимости услуг отделений анестезиологии и реанимации при хирургическом вмешательстве;
- стоимости пребывания на больничной койке в отделении и (или) посещений врача (при амбулаторном обслуживании);
- стоимости пребывания в палате повышенной комфортности;
- стоимости услуг параклинических (вспомогательных) подразделений ЛПУ (лабораторий, физиотерапии, лучевой диагностики, эндоскопии и др.);
- стоимости консультаций высококвалифицированных специалистов по выбору пациента на договорных условиях и т.д.

Доход, полученный от платных услуг, распределяется следующим образом:

- а) фонд оплаты труда с начислениями – до 60%;
- б) другие расходы, предусмотренные планом финансово-хозяйственной деятельности (приобретение медикаментов и расходных материалов (медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы, мягкий инвентарь, продукты питания, прочие расходные материалы и предметы

снабжения); командировки и служебные разъезды; услуги связи (в том числе сотовая связь); оплата коммунальных услуг (содержание помещений, потребление тепловой энергии, потребление электрической энергии, водоснабжение помещений, прочие коммунальные услуги); прочие текущие расходы (налоговые обязательства, лицензионные сборы, пошлины, переплет, готовые бланки, расходы по подписке, подготовка и переподготовка кадров, расходы по рекламе и т.д.) - до 40 %.

Прибыль, полученная учреждением от оказания платных услуг, после уплаты налогов, расходуется следующим образом:

а) фонд накопления (приобретение оборудования и хозяйственного инвентаря; проведение работ по капитальному и текущему ремонтам; покрытие расходов, связанных с начислением штрафных санкций, пеней, доначислением налогов и неналоговых платежей; выплаты по решению суда и прочие расходы учреждения) – до 45%;

б) фонд потребления (выплату премий, не предусмотренных Положением об оплате труда по учреждению; ценные подарки к праздничным датам; чествование юбиляров; материальную помощь; социально-культурные мероприятия; медицинское обслуживание сотрудников учреждения и прочие расходы) – до 55%.

В таблице 2.8 представлена динамика платных услуг по структурным подразделениям ЛПУ.

Таблица 2.8 – Динамика доходов по платным услугам в 2016-2018гг.,

Наименование отделения	Фактический доход, тыс.руб.			Доля, %	Динамика в сравнении с 2017 г., %
	2016	2017	2018		
Взрослая поликлиника №1	4403,2	5647,2	4805,9	52,8	-14,90
КДЛ	2250,8	1683,2	1429,0	15,7	-15,1
Взрослая поликлиника №2	1204,3	115,6	682,7	7,5	490,5
Рентгенологическое отделение	639,0	751,4	646,2	7,1	-14
Отделение функциональной диагностики	533,4	427,2	355,0	3,9	-16,91
Отделение паллиативной медицинской помощи	93,3	69,9	218,4	2,4	212,6
Бактериологическая лаборатория	150,2	136,8	209,3	2,3	53
Кардиологическое отделение	21,7	15,6	136,5	1,5	773,5
Отделение физиотерапии	141,2	101,7	118,3	1,3	16,3
Эндоскопическое отделение	43,5	77,6	109,2	1,2	40,7

Продолжение таблицы 2.8

Наименование отделения	Фактический доход, тыс.руб			Доля, %	Динамика в сравнении с 2017 г., %
	2016	2017	2018		
Нейрохирургическое отделение	0,0	0,5	63,7		
Хирургическое отделение №1	17,7	7,4	63,7	0,7	765,4
Женская консультация	95,0	184,3	63,7	0,7	-65,43
Отделение сосудистой хирургии	115,5	81,9	45,5	0,5	-44,4
Терапевтическое отделение	26,2	92,3	45,5	0,5	-50,69
Неврологическое отделение	23,2	93,5	45,5	0,5	-59,1
Хирургическое отделение №2	6,3	42,3	36,4	0,4	-13,93
Отделение анестезиологии-реанимации	0,0	5,1	9,1	0,1	78,2
Взрослая поликлиника №3	180,5	225,9	0,0	0	-100
ВСЕГО	9306	9008	9102	100	1,04

В течение 2018 года особенно большие успехи в увеличении доходов от платной деятельности продемонстрировали нейрохирургическое отделение, кардиологическое отделение, хирургическое отделение №1, взрослая поликлиника №2. В тоже время в целом доходы в сравнении с 2017 годом выросли на 1,04%. Наибольшая доля доходов от предоставления платных услуг приходится на взрослую поликлинику – 52,8%.

В больнице услуги, доступные на платной основе:

- все виды стационарной медицинской помощи по профилям отделений ГБУЗ ОКБ №3,
- высококвалифицированная амбулаторная консультационно – диагностическая помощь,
- консультации проводят ведущие специалисты: профессора, доктора и кандидаты медицинских наук, врачи высшей и первой квалификационных категорий,
- комплексное предгоспитальное обследование за 1 день,
- все виды амбулаторных обследований (анализы, диагностические исследования), включая диспансеризацию,
- реабилитация после прохождения лечения в ГБУЗ ОКБ №3.

В таблице 2.9 представлена динамика количества и средних цен на платные услуги.

Таблица 2.9 – Динамика количества и средних цен на услуги

Структурное подразделение	2016 год		2017 год		2018 год		Темп роста к 2017 году	
	Количество услуг	средняя стоимость услуг	Количество услуг	Средняя стоимость услуг	Количество услуг	Средняя стоимость услуг	Количество услуг	цена
Взрослая поликлиника №1	16012	275	18335	308	13657	352	74,49	114,25
КДЛ	1431	1573	927	1815	747	1913	80,54	105,41
Взрослая поликлиника №2	3848	313	325	356	1726	395	530,88	111,23
Рентгенологическое отделение	3014	212	3085	244	2605	248	84,43	101,86
Отделение функциональной диагностики	2084	256	1510	283	1222	290	80,95	102,65
Отделение паллиативной медицинской помощи	68	1365	47	1488	142	1539	302,29	103,41
Бактериологическая лаборатория	634	237	550	249	788	266	143,37	106,72
Кардиологическое отделение	15	1459	10	1589	78	1744	795,90	109,75
Отделение физиотерапии	888	159	581	175	665	178	114,32	101,73
Эндоскопическое отделение	19	2336	30	2581	35	3164	114,77	122,59
Нейрохирургическое отделение	0	0	1	500	6	11393	13197	103,67
Хирургическое отделение №1	11	1547	4	1699	36	1776	827,66	104,56
Женская консультация	40	2367	73	2521	24	2700	32,27	107,12
Отделение сосудистой хирургии	8	14874	5	15038	3	16383	51,03	108,95
Терапевтическое отделение	17	1567	56	1638	27	1695	47,62	103,54
Неврологическое отделение	22	1036	85	1105	39	1171	45,95	105,92
Хирургическое отделение №2	3	1896	22	1959	18	2041	82,59	104,22
Отделение анестезиологии-реанимации	0	0	2	2162	4	2303	167,28	106,53
Взрослая поликлиника №3	378	478	425	531	0	0	0,00	0
ВСЕГО	28491	326,63	26074	345,48	21820	417,14	83,69	120,74

Из представленной таблицы видно, что в течение трех лет количество оказанных платных услуг сокращается, а цены увеличиваются. В 2018 году было оказано 21820 услуг, что на 16,31% ниже, чем в 2017 году. Средняя цена на услуги выросла на 120,74%. Причиной сокращения платных услуг стало сокращение спроса и рост конкуренции.

Таблица 2.10 – Эффективность платных услуг

Показатели	Период			Абсолютный прирост			Темп роста		
	2016	2017	2018	2017/ 2016	2018/ 2017	2018/ 2016	2017/ 2016	2018/ 2017	2018/ 2016
Выручка по платным услугам, тыс. руб.	9306	9008	9102	-298	94	-204	96,80	101,04	97,81
Расходы по платным услугам тыс. руб.	7526	7668	7634	142	-34	108	101,88	99,56	101,44
Прибыль по платным услугам тыс. руб.	1780	1340	1468	-440	128	-312	75,29	109,53	82,47
Налоги тыс. руб.	356	268	294	-88	26	-62	75,29	109,53	82,47
Чистая прибыль тыс. руб.	1424	1072	1174	-352	102	-250	75,29	109,53	82,47
Рентабельность, %	15,3	11,9	12,9	-3,4	1	-2,4			

Из таблицы 2.10 видно, что доходы от оказания платных услуг в сравнении с 2017 годом выросли на 101,04%, при этом они снизились относительно 2016 года на 2,19%. Расходы по платным услугам имеют обратную тенденцию, сокращение к уровню 2017 года и рост относительно 2016 года. Причиной данного обстоятельства является увеличение количества услуг с более низкой рентабельностью. В 2018 году рентабельность платных услуг в больнице составил 12,9%, что на 2,4 ниже уровня 2016 года, но выше чем в 2017 году на 1%.

Абсолютную величину тарифов на амбулаторно-поликлинические услуги сложно оценить с качественной стороны. Можно попытаться охарактеризовать ее с точки зрения доли в тарифе оплаты труда, которую принято устанавливать на уровне 50%. Следовательно, зарплата за терапевтическую услугу (прием и консультация) составляет в 2018 году в больнице 140 рублей, что приблизительно соответствует 280 рублям в час, если отвести на медицинскую услугу 30 минут. Это на 37% больше, чем среднечасовая зарплата в регионе при сорокачасовой рабочей неделе (204 руб.), а не в два раза, как этого требует указ президента.

Однако, если исходить из фактически установленного времени на обслуживание пациента (15 минут), то указ даже перевыполнен. Напрашивается риторический вопрос: не приведет ли высокая производительность труда в здравоохранении к экономическому росту за счет знаменателя формулы его оценки?

Эксперты прогнозируют, что в 2019 г. реальные доходы населения будут характеризоваться отрицательной динамикой. В этих условиях особую значимость приобретает управленческий фактор: мониторинг фактических доходов в разрезе видов медицинской помощи по данным управленческого учета и регулирование структуры видов оказываемой медицинской помощи.

Вывод по разделу два

Итак, деятельность ГБУЗ ОКБ № 3 в наибольшей степени финансируется счет средств фонда обязательного медицинского страхования – 63,7%, средства бюджета составляют 29,76% в источниках финансирования больницы. ГБУЗ ОКБ №3 постоянно испытывает дефицит в ресурсах на осуществление текущей деятельности.

В Челябинской области реализуются различные государственные программы в сфере здравоохранения. В 2018 году доходы территориального фонда ОМС Челябинской области составили 43,6 миллиарда рублей.

На сегодняшний день опорная госпрограмма в функционировании здравоохранения – программа «Развития здравоохранения» до 2025 года. В соответствии с законом Челябинской области «Об областном бюджете на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», объемы финансирования программы на период 2018-2020 годы увеличены на 10,9% и составили 75 420 749,60 тысяч рублей. Из них 74 437 108,90 тысяч рублей областного и 983 640,70 тысяч рублей федерального бюджетов.

3 РАЗРАБОТКА РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 3» Г. ЧЕЛЯБИНСКА

3.1 Основные направления по совершенствованию финансирования деятельности учреждения здравоохранения

В целом, проанализировав деятельность учреждения можно выделить основные проблемы в финансовом обеспечении деятельности. В сравнении количественных показателей выполнения объемов медицинской помощи в 2017-2018 годах количество посещений по амбулаторно-поликлиническим подразделениям уменьшилось на 6,4% в связи с кадровым дефицитом. В то же время отмечается сокращение количества выполненных койко-дней по стационарной помощи на 4,7%; уменьшение количества пациенто-дней по дневному стационару на 27,6% за счет уменьшения планового государственного задания, утвержденного для учреждения на 2018 год на 760 пациенто-дней или 17,8% по сравнению с 2017 годом. В связи с ростом тарифов ОМС удалось сохранить финансирование больницы на прежнем уровне. Однако, если бы удалось сохранить объемы оказания медицинской помощи на прежнем уровне, то проблема нехватки ресурсов не стояла бы так остро.

Функционирование больницы в условиях переходной экономики осложняется рядом объективных и субъективных факторов: недостаточная развитость рыночных отношений в этой сфере, слабая подготовленность руководителей лечебно-профилактического учреждения по проблемам управления в условиях рыночной экономики. Знание механизма функционирования рынка медицинских услуг и правил взаимодействия рыночных контрагентов поможет руководителю больницы в его работе по обеспечению нормальной жизнедеятельности вверенного ему лечебно-профилактического учреждения. В современных

условиях, одним из важных моментов становится увеличение числа потребителей медицинских услуг, обращающихся в лечебно-профилактические учреждения. Это увеличивает объем медицинской помощи оказываемый населению и повышает доходы учреждений здравоохранения. Использование методов маркетингового управления, направлено на привлечение потребителей медицинских услуг и оптимизацию работы лечебно-профилактических учреждений. Поэтому необходимо исследовать рынок и принимать оптимальные управленческие решения, несмотря даже в условиях недостаточной информированности. Для лечебно-профилактических учреждений особенно важно выбрать свою нишу на рынке реализации медицинских услуг. Выбор такой ниши зависит во многом, как от состояния заболеваемости населения той или иной патологией, так и от основных целей и задач медицинского учреждения, а также его структуры и ресурсов, которыми располагает конкретное лечебно-профилактическое учреждение. Использование маркетинговых исследовательских коммуникаций в сочетании с маркетинговыми коммуникациями воздействия способно значительно увеличить обращаемость пациентов и повысить доходы учреждения здравоохранения.

Применяя статистические методы исследования можно не только провести анализ эффективности методов маркетинга, но и определять долю платных медицинских услуг, в общем. Помимо получения лечебно-профилактическими учреждениями денежных средств, применение маркетинговых коммуникаций направлено на построение новых взаимоотношений между пациентами и медицинскими учреждениями. Маркетинговые коммуникации воздействия усиливают направленность лечебно-профилактической помощи населению на формирование у него потребности в собственном здоровье, что составляет одну из актуальных социально-гигиенических проблем для современного общества. При этом формируются новые потоки потребителей медицинских услуг в учреждения здравоохранения. Следствием этого должно явиться снижение количества случаев самолечения и обращаемости пациентов к неквалифицированным специалистам,

что позволяет иметь резервы повышения качества здоровья.

Для сокращения дефицита финансовых ресурсов учреждению необходимо повысить активность в оказании платных услуг, перечень которых не входит в систему ОМС. Для этих целей необходимо разработать систему продвижения платных услуг. В области применения PR – инструментов можно сделать вывод, что помимо официального сайта никакой деятельности в сфере продвижения услуг не предпринимается, размещение рекламных проспектов не производится, и интервью на телевидении не проводилось.

На сегодняшний день в учреждении отсутствует специалист, который бы отвечал за рекламу учреждения, эту функцию частично берет главный врач, а частично и финансовый отдел. Мониторинг потенциальных клиентов отсутствует, отсутствуют соглашения между крупными производственными предприятиями и государственными (муниципальными учреждениями), нет соглашений между образовательными и медицинскими учреждениями.

Все это значительно уменьшает возможности учреждения по оказанию медицинских услуг и в результате финансирование деятельности учреждения оказывается недостаточным.

Большое количество потребителей услуг учреждения – это люди, которые хотят получить услуги здравоохранения. Самым эффективным направлением деятельности учреждения, на сегодняшний день, является повышение качества предоставления услуг. Улучшение деятельности этих направлений позволит привлечь потенциальных потребителей, удовлетворению потребностей, в том числе послужит рекламой для других видов услуг. С целью реализации данных направлений, следует выявить потребности людей в предоставляемых услугах.

Всеми этими видами работ, от мониторинга рынка оказываемых услуг и до продвижения данных услуг должна заниматься служба маркетинга, в учреждении состоящая хотя бы из двух человек. В обязанности данной службы будет входить мониторинг рынка услуг, анализ конкурентов, расширение связей среди потенциальных потребителей, распространение рекламной информации,

наполняемость официального сайта и т.д.

В идеале данная служба (далее Служба маркетинга) должна оперативно реагировать на изменения внешней среды, предоставлять информацию в АУП и финансовый отдел, мониторить возможности учреждения по оказанию медицинских услуг. По сути, выполнять роль «мостика» между учреждением и внешней средой, поставляющей потребителей услуг учреждения.

Одним из способов выявления потребностей клиентов, Служба маркетинга может использовать анкетирование. Данный метод формирует массовость мониторинга, и предоставляет возможность дальнейшего учета потребностей потребителей.

Среди основных способов улучшения PR – инструментов для продвижения медицинских услуг учреждения можно выделить такие техники как:

1. Создание ярких рекламных буклетов с краткими описаниями медицинских услуг, предоставляемых медицинским учреждением и распространение их в местах дислокации потенциальных потребителей, а именно в медицинских учреждениях города, учреждениях пенсионной системы, банках, школах, детских садах, магазинах, салонах красоты и т.д.

2. Проведение акций по оказанию медицинских услуг, например акции ко «Дню пожилого человека», «Дню молодежи», «Дню защиты детей».

3. Заключение договоров о сотрудничестве с образовательными учреждениями и предприятиями для предоставления медицинских услуг (например, профосмотров) сразу группам потребителей.

4. Регулярное размещение в сети Интернет на сайте учреждения и в различных группах информации об услугах, предоставляемых в учреждении, участие в акциях, проводимых муниципальными органами с целью популяризации медицинских услуг. Размещение интервью на телевидении, не только на областном уровне, но и на уровне субъектов и т.д.

5. Создание имиджа учреждения как учреждения, деятельность которого направлена на заботу о здоровье потребителя услуги, заботу о его жизни и досуге,

предоставление потребителям медицинских услуг и сопутствующих услуг.

Кроме того, необходимо применять принципы «бережливой поликлиники»

Некоторые вещи совершенно очевидны, даже удивительно, почему раньше так не делали. Например, «открытая регистратура». В традиционной поликлинике в общей очереди к крошечному окошку стоят все: и больные, и здоровые, и кому взять номерок к врачу, и те, кому «просто спросить». В «открытой регистратуре» никаких решеток и перегородок: просторный кабинет, сотрудники сидят за столами, на входе посетителей встречает консультант, который направляет к нужному столу или сам отвечает на вопрос. В результате этой простой «перестановки стульев» время стояния в очереди в регистратуру в бережливых поликлиниках уменьшилось – по данным городского Комитета по здравоохранению – с 27 до 7,5 (!) минуты. А электронная запись к врачу и разделение по разным потокам обычных больных, людей, которым нужна неотложная помощь, и здоровых – тех, кому на диспансеризацию, на прививку, сократили время ожидания приема у врача-терапевта с 40 до 19 минут. Таких изменений в бережливых поликлиниках десятки: гардероб в удобном месте у входа, информационные табло, автоматы по выдаче номерков и мониторы, показывающие номер очереди (банковская система), компьютер для электронной записи на прием – ведь не все могут сделать это из дома, удобная логистика.

Все это делается не на глазок: сначала проводится аудит, замеры и хронометраж – по времени ожидания в очередях, нагрузке на врачей и т.д. В советское время это называлось «научной организацией труда», а сейчас эта система с успехом применяется в «Росатоме». Но суть не в этом. Мы приходим в поликлинику не для того, чтобы сэкономить время и пообщаться с вежливыми медиками, а чтобы вылечить болезнь. Почему это часто не получается? Дело, повторим, не в профессионализме врачей. Просто половину из 7–10 минут, отведенных на прием пациента, врач вместо расспросов о симптомах, осмотра, рекомендаций по лечению заполняет различные формуляры. В страховой медицине амбулаторная карта больного – это и финансовый документ, по

которому страховая компания платит деньги. Врач, само собой, относится к ее заполнению очень тщательно. Можно ли поставить правильный диагноз и назначить лечение за оставшиеся на пациента минуты – это уж как кому повезет. Полностью эту проблему бережливая поликлиника, по отзывам врачей и экспертов, не решает, но выигрыш все равно есть: часть бумажной работы, которую не обязательно выполнять врачу, передается медсестре (хотя она тоже загружена) или на отдельный сестринский пост, еще часть переводится в электронную форму. Секунды и даже минуты позволяет экономить и правильно организованное рабочее место врача (снова опыт «Росатома»). По словам министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, в бережливой поликлинике смогут уделять пациентам времени в два раза больше, чем сейчас. Также, по словам министра, время записи на прием сократится в три раза, время ожидания приема у кабинета врача также уменьшится втрое (в нашем городе оно уменьшилось пока вдвое).

Принципы «Бережливой поликлиники» подразумевают сокращение временных затрат и оптимальное использование ресурсов, приводящее к повышению качества оказываемых услуг и уровня удовлетворенности пациентов, с помощью следующих механизмов:

1. Сокращение времени ожидания пациентов в очереди в четыре раза (с 40 до 10 минут).
2. Разделение потоков пациентов, при котором контакт больных и здоровых пациентов сводится к минимуму, что наиболее важно в детских медицинских организациях.
3. Снятие непрофильной нагрузки со специалистов, что позволяет врачам больше времени уделять пациентам, а не заниматься бумажной работой.
4. Повышение уровня информационной грамотности специалистов и внедрение передовых технологий.
5. Повышение информационной грамотности пациентов и увеличение доступности информационных материалов в медицинской организации.

6. Оптимальное распределение рабочего времени медперсонала.
7. Сокращение издержек.
8. Увеличение скорости получения обратной связи и оценка качества.

В микрорайонах зоны обслуживания больниц, должны появиться кабинеты врачей общей практики. Нужно заранее предусматривать в новостройках первые этажи под врачебные пункты. Необходимо обеспечить всем горожанам возможность обратиться к врачу, который находится в шаговой доступности, создать условия для прохождения работающими петербуржцами диспансеризации в вечернее время и в выходные дни. За это врачи должны получать дополнительную зарплату из городского бюджета.

Грамотное управление больницей в сегодняшних социальноэкономических условиях способно не только повысить качество здоровья населения в зоне обслуживания, но и увеличить доходы медицинского учреждения в условиях активной деятельности конкурентов.

3.2 Проведение профосмотров для юридических лиц как инструмент совершенствования финансирования деятельности муниципального учреждения

Наиболее перспективным в плане совершенствования финансирования деятельности больницы представляется заключение договоров с предприятиями на проведение профосмотров.

Правовому регулированию профилактических медицинских осмотров уделяется большое внимание: определены четкие правила их проведения, дан перечень работ, при выполнении которых требуется проходить профосмотр, отменены устаревшие приказы, введен централизованный контроль за проведением осмотров.

Обязанность работодателя организовывать предварительный и периодический медосмотр работников предприятия установлена статьей 213 ТК РФ и приказом Минздравсоцразвития от 12.04.2011 № 302н. Освидетельствование проводится за

счет работодателя, а за работником сохраняется его среднемесячная зарплата.

Периодические медицинские осмотры проводятся для:

- выявления заболеваний, которые могут сделать сотрудника непригодным для работы;

- отслеживания динамики изменений состояния здоровья;

- своевременного обнаружения профзаболеваний.

Выбор медучреждения ничем не ограничен. Работодатель может заключить договор, как с государственной, так и с частной клиникой. Единственное условие – организация должна обладать правом на проведение предварительных и периодических осмотров, а также на экспертизу профессиональной пригодности (Приложение к положению о лицензировании медицинской деятельности, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 22.01.2007 № 30). Данное требование соблюдено больницей

Профилактические осмотры взрослого населения являются важным мероприятием для выявления заболеваний на ранней стадии и представляют собой всестороннее обследование здоровья человека.

Главной задачей профилактических осмотров является выявление возможных заболеваний и функциональных отклонений, оценки физического и нервно-психического здоровья работника.

Профосмотры возможно проводить совместно с диспансеризацией.

Диспансеризация – это целый спектр мероприятий и медицинский осмотр терапевтом, узкими специалистами, проведение лабораторной и, в случае необходимости, инструментальной диагностики

С целью усиления профилактической направленности российского здравоохранения с 2013 года с принятием закона «Об основах охраны здоровья граждан» в нашей стране была возрождена масштабная система диспансеризации. Ее особенности:

- массовый охват населения на добровольной основе по территориальному принципу (осмотрам не реже 1 раза в 3 года подлежит до 25 миллионов граждан

страны старше 21 года);

- комплексность обследования и дифференцированный подход с применением оптимального научно обоснованного набора методов обследования с учетом возраста и пола;

- двухэтапность (первый этап – скрининг на выявление признаков болезни и факторов риска ее развития, второй этап - уточнения диагноза на основе дополнительного углубленного обследования).

По результатам обследования определяются группы состояния здоровья, необходимые профилактические, лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия, формируются группы диспансерного наблюдения. Диспансеризация проводится бесплатно по полису ОМС в поликлинике по месту жительства (прикрепления) в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 26 октября 2017 г. № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

В число обязательных мероприятий диспансеризации входят:

- посещение терапевта для записи общих показателей;
- измерение артериального давления;
- экспресс-анализ на общий уровень холестерина в крови;
- определение уровня глюкозы;
- флюорография легких (проводится 1 раз в год);
- посещение стоматолога;
- электрокардиограмма в состоянии покоя;
- определение абсолютного риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов до 63 лет;
- исследование на скрытую кровь в кале (проводится 1 раз в 2 года);
- анализ на уровень простатспецифического антигена для мужчин;
- маммография для женщин в возрасте от 39 до 48 лет 1 раз в 3 года, после 50 – 1 раз в 2 года;
- осмотр у гинеколога для женщин;

- посещение уролога мужчинами.

Людам, возраст которых от 36 и старше, предлагается дополнительно пройти таких врачей и скрининги:

- развернутый анализ крови, мочи, кала;
- обследование у окулиста;
- консультация у невролога;
- УЗИ органов брюшной полости;
- осмотр врачом отоларингологом;
- консультация у хирурга или проктолога.

Профосмотр для предприятий включает в себя большой список обследований, нежели диспансеризация. При этом в штате учреждения должна быть постоянно действующая врачебная комиссия под руководством врача-профпатолога

Пройти профосмотр в частном порядке – там, где больше нравится, – тоже, к сожалению, невозможно, потому что работодатель должен организовать централизованное проведение профосмотра и предоставить медицинской организации поименный список сотрудников, данные об аттестации рабочих мест и вредных факторов производства. Более того, медицинская организация не позднее чем через месяц после завершения периодического медицинского осмотра должна обобщить результаты. Затем совместно с территориальными органами федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять государственный контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, и представителями работодателя медучреждение составляет заключительный акт

Обязательное участие в профосмотре врача-профпатолога предполагает выявление связи обнаруженных заболеваний с профессиональной деятельностью. При подозрении на профессиональное заболевание медицинская организация выдает работнику направление в центр профпатологии или специализированное медицинское учреждение, имеющее право на проведение исследования относительно связи заболевания с профессией. Такое медучреждение также

оформляет и направляет в утвержденном порядке извещение об установлении предварительного диагноза профессионального заболевания в территориальный орган федеральных органов исполнительной власти, уполномоченных осуществлять государственный контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия

Особенностями профосмотров являются включение в перечень услуг посещение узких специалистов. Предприятие при этом оплачивает лишь часть услуг больницы.

Произведем расчет стоимости приема врача-профпатолога.

Оплата труда врача и медсестры из расчета 10 минут на человека:

$$ЗП=(40000+25000)/168/60*10=64,48$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$ЗП=64,48*0,1+64,48*0,22+64,48=85,12$$

$$СВ=85,14*0,32=27,24$$

Электроэнергия: при следующих условиях:

Освещение 200Вт/ч

Цена 4,50 руб. за кВт/Ч

$$Эо=200/60*10*4,50/1000=0,15 \text{ руб.}$$

Работа компьютерной техники 220 Вт в час:

$$Эт=220/60*10*4,5/1000=0,17 \text{ руб.}$$

Таблица 3.1 – Расчет стоимости медикаментов

Объект расчета	Ед. измерения	Количество	Количество в упаковке	Цена упаковки	Средние затраты
Ватные шарики	шт.	10	100	14,72	1,47
Салфетки	шт.	2	10	11,2	2,24
Маска	шт.	1	170	374	2,20
Бахилы	шт.	1	2300	2527	1,1
Перчатки одноразовые	шт.	1	1	1,88	1,88
Итого					8,89

Калькуляционный норматив для определения плановых затрат на износ мягкого инвентаря определен приказом руководителя учреждения в размере 20%

процентов от затрат на выплату заработной платы основным работникам (врачам и среднему медицинскому персоналу) без начислений и составляет:

$$И=85,12*0,2=17,02$$

Калькуляционный норматив для определения плановых затрат на оплату коммунальных услуг определен приказом руководителя учреждения в размере 50 процентов от затрат на выплату заработной платы основным работникам (врачам и среднему медицинскому персоналу) без начислений и составляет

$$КР=85,11*0,5=42,56$$

Калькуляционный норматив для определения плановых затрат на административно-управленческие расходы определен приказом руководителя учреждения в размере 10 процентов от затрат на выплату заработной платы основным работникам и составляет:

$$АУП=85,11*0,1=8,51$$

Производственная себестоимость составит:

$$85,12+27,24+0,15+0,17+8,89+17,02+42,56+8,51=189,66$$

Калькуляционный норматив для определения плановых внереализационных затрат определен приказом руководителя учреждения в размере 0,5 процента от производственной себестоимости услуг и составляет:

$$189,66*0,5/100=0,95$$

Утвержденный руководителем учреждения калькуляционный норматив рентабельности составляет 50 процентов от суммарных затрат (без учета расходов на оплату услуг сторонних организаций), но не ниже планового показателя премирования основного персонала и составляет:

$$(189,66+0,95)*0,5=95,31$$

Итого стоимость услуги

$$190,61+95,31=285,92$$

Произведем расчет стоимости приема врача-оториноларинголога.

Оплата труда врача и медсестры из расчета 7 минут на человека:

$$ЗП=(35000+20000)/168/60*7=38,19$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$\text{ЗП} = 38,19 * 0,1 + 38,19 * 0,22 + 38,19 = 50,42$$

$$\text{СВ} = 50,42 * 0,32 = 16,13$$

Произведем расчет электроэнергии:

– Потребление электроэнергии 420Вт/ч;

– Цена 4,50 руб. за кВт/Ч;

$$\text{Эо} = 420 / 60 * 7 * 4,50 / 1000 = 0,22 \text{ руб.}$$

Медикаменты из предыдущего расчета – 8,89 руб.

Расчет износа мягкого инвентаря (нормативы указаны выше):

$$\text{И} = 50,42 * 0,2 = 10,08$$

Расчет коммунальных расходов (нормативы указаны выше):

$$\text{КР} = 50,42 * 0,5 = 25,21$$

Расчет расходов АУП (нормативы указаны выше):

$$\text{АУП} = 50,42 * 0,1 = 5,04$$

Производственная себестоимость составит:

$$50,42 + 16,13 + 0,22 + 8,89 + 10,08 + 25,21 + 5,04 = 115,99$$

Расчет внереализационных затрат (нормативы указаны выше):

$$115,99 * 0,5 / 100 = 0,58$$

Расчет планового дохода (нормативы указаны выше):

$$(115,99 + 0,58) * 0,5 = 58,29$$

Итого стоимость услуги

$$116,57 + 58,29 = 174,86$$

Произведем расчет стоимости приема врача-психиатра-нарколога.

Оплата труда врача и медсестры из расчета 11 минут на человека:

$$\text{ЗП} = (35000 + 20000) / 168 / 60 * 11 = 60,02$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$\text{ЗП} = 60,02 * 0,1 + 60,02 * 0,22 + 60,02 = 79,23$$

$$CB=79,23*0,32=25,35$$

Произведем расчет электроэнергии:

– Потребление электроэнергии 420Вт/ч;

– Цена 4,50 руб. за кВт/Ч;

$$\text{Эо}=420/60*7*4,50/1000=0,22 \text{ руб.}$$

Расчет нормы и себестоимости медикаментов приведен выше и составляет 8,89 руб.

Расчет износа мягкого инвентаря (нормативы указаны выше):

$$И=79,23*0,2=15,85$$

Расчет расходов коммунальных расходов (нормативы указаны выше):

$$КР=79,23*0,5=39,61$$

Расчет расходов АУП (нормативы указаны выше):

$$АУП=79,23*0,1=7,92$$

Производственная себестоимость составит:

$$79,23+25,35+0,22+8,89+15,85+39,61+7,92=177,07$$

Расчет расходов внереализационных расходов (нормативы указаны выше):

$$177,07*0,5/100=0,89$$

Расчет плановых доходов (нормативы указаны выше):

$$(177,07+0,89)*0,5=88,98$$

Итого стоимость услуги:

$$177,96+88,98=266,93$$

Расчет стоимости приема врача-психиатра приведен ниже.

Оплата труда врача и медсестры из расчета 12 минут на человека:

$$ЗП=(35000+20000)/168/60*12=65,48$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$ЗП=65,48*0,1+65,48*0,22+65,48=86,43$$

$$CB=86,43*0,32=27,66$$

Электроэнергия:

– Потребление электроэнергии 420Вт/ч;

– Цена 4,50 руб. за кВт/Ч.

$$\text{Эо} = 420/60 * 7 * 4,50/1000 = 0,22 \text{ руб.}$$

Расчет затрат на медикаменты приведен выше и составляет 8,89 руб.

Расчет износа мягкого инвентаря (нормативы указаны выше):

$$\text{И} = 86,43 * 0,2 = 17,29$$

Расчет коммунальных расходов (нормативы указаны выше):

$$\text{КР} = 86,43 * 0,5 = 43,21$$

Расчет расходов АУП (нормативы указаны выше):

$$\text{АУП} = 86,43 * 0,1 = 8,64$$

Производственная себестоимость составит:

$$86,43 + 27,66 + 0,22 + 8,89 + 17,29 + 43,21 + 8,64 = 192,34$$

Расчет внереализационных расходов (нормативы указаны выше):

$$192,34 * 0,5/100 = 0,96$$

Расчет плановых доходов (нормативы указаны выше):

$$(192,34 + 0,96) * 0,5 = 96,65$$

Итого стоимость услуги:

$$193,30 + 96,65 = 289,95$$

Расчет стоимости приема врача-дерматолога приведен ниже.

Оплата труда врача и медсестры из расчета 7 минут на человека:

$$\text{ЗП} = (35000 + 20000)/168/60 * 7 = 38,19$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$\text{ЗП} = 38,19 * 0,1 + 38,19 * 0,22 + 38,19 = 50,42$$

$$\text{СВ} = 50,42 * 0,32 = 16,13$$

Электроэнергия:

– Потребление электроэнергии 420Вт/ч;

– Цена 4,50 руб. за кВт/Ч.

$$\text{Эо} = 420/60 * 7 * 4,50/1000 = 0,22 \text{ руб.}$$

Медикаменты из предыдущего расчета – 8,89 руб.

Расчет износа мягкого инвентаря (нормативы указаны выше):

$$И=50,42*0,2=10,08$$

Расчет коммунальных расходов (нормативы указаны выше):

$$КР=50,42*0,5=25,21$$

Расчет расходов АУП (нормативы указаны выше):

$$АУП=50,42*0,1=5,04$$

Производственная себестоимость составит:

$$50,42+16,13+0,22+8,89+10,08+25,21+5,04=115,99$$

Расчет внереализационных расходов (нормативы указаны выше):

$$115,99*0,5/100=0,58$$

Расчет планового дохода (нормативы указаны выше):

$$(115,99+0,58)*0,5=58,29$$

Итого стоимость услуги:

$$116,57+58,29=174,86$$

Расчет стоимости лабораторного исследования «Реакция микропреципитации» приведен ниже.

Оплата труда медсестры из расчета 25 минут на человека:

$$ЗП=20000/168/60*25=49,60$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$ЗП=49,60*0,1+49,60*0,22+49,60=65,48$$

$$СВ=65,48*0,32=20,95$$

Электроэнергия:

– Потребление электроэнергии 420Вт/ч

– Цена 4,50 руб. за кВт/Ч

$$Эо=420/60*25*4,50/1000=0,79 \text{ руб.}$$

Медикаменты основные 8,89 руб.

Дополнительные медикаменты:

- шприц – 5 руб.
- пробирка – 2 руб.
- реактивы – 50 руб.
- спирт -0,5 руб.

Итого материалы – 26,39 руб.

Расчет износа мягкого инвентаря (нормативы указаны выше):

$$И=65,48*0,2=13,10$$

Расчет коммунальных расходов (нормативы указаны выше):

$$КР=65,48*0,5=32,74$$

Расчет расходов АУП (нормативы указаны выше):

$$АУП=65,48*0,1=6,55$$

Производственная себестоимость составит:

$$65,48+20,95+0,79+26,39+13,10+32,74+6,55=165,99$$

Расчет внереализационных расходов (нормативы указаны выше):

$$165,99*0,5/100=0,83$$

Расчет планового дохода (нормативы указаны выше):

$$(165,99+0,83)*0,5=83,41$$

Итого стоимость услуги:

$$166,82+83,41=250,23$$

Расчет стоимости лабораторного исследования «Исследование уровня холестерина в крови» и «глюкозы в сыворотке крови» представлен далее.

Оплата труда медсестры из расчета 15 минут на человека:

$$ЗП=20000/168/60*15=29,76$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$ЗП=29,76*0,1+29,76*0,22+29,76=39,29$$

$$СВ=39,29*0,32=12,57$$

Электроэнергия:

- Потребление электроэнергии 600Вт/ч;

– Цена 4,50 руб. за кВт/Ч.

$$\text{Эо} = 600/60 * 15 * 4,50/1000 = 0,68 \text{ руб.}$$

Медикаменты основные 8,89 руб.

Дополнительные медикаменты:

– шприц – 5 руб.

– пробирка – 2 руб.

– реактивы – 50 руб.

– спирт -0,5 руб.

Итого материалы – 26,39 руб.

Расчет износа мягкого инвентаря (нормативы указаны выше):

$$\text{И} = 39,29 * 0,2 = 7,86$$

Расчет коммунальных расходов (нормативы указаны выше)

$$\text{КР} = 39,29 * 0,5 = 19,64$$

Расчет расходов АУП (нормативы указаны выше):

$$\text{АУП} = 39,29 * 0,1 = 3,93$$

Производственная себестоимость составит:

$$39,29 + 12,57 + 0,68 + 26,39 + 7,86 + 19,64 + 3,93 = 110,35$$

Расчет внереализационных расходов (нормативы указаны выше):

$$110,35 * 0,5/100 = 0,55$$

Расчет плановых доходов (нормативы указаны выше):

$$(110,35 + 0,55) * 0,5 = 55,45$$

Итого стоимость услуги:

$$110,90 + 55,45 = 166,35$$

Расчет стоимости составления паспорта здоровья представлен ниже

Оплата труда медсестры из расчета 40 минут на человека:

$$\text{ЗП} = 20000/168/60 * 40 = 79,37$$

Коэффициент дополнительной заработной платы 10%.

Коэффициент премирования 22%.

$$\text{ЗП} = 79,37 * 0,1 + 79,37 * 0,22 + 79,37 = 104,76$$

$$CB=104,76*0,32=33,52$$

Электроэнергия:

– Потребление электроэнергии 420 Вт/ч;

– Цена 4,50 руб. за кВт/Ч.

$$Эо=420/60*40*4,50/1000=1,26 \text{ руб.}$$

Расходные материалы (бумага) – 10 руб.

Расчет износа мягкого инвентаря (нормативы указаны выше):

$$И=104,76*0,2=20,95$$

Расчет коммунальных расходов (нормативы указаны выше):

$$КР=104,76*0,5=52,38$$

Расчет расходов АУП (нормативы указаны выше):

$$АУП=104,76*0,1=10,48$$

Производственная себестоимость составит:

$$104,76+33,52+1,26+10+20,95+52,38+10,48=233,36$$

Расчет внереализационных (нормативы указаны выше):

$$233,36*0,5/100=1,17$$

Расчет плановых доходов (нормативы указаны выше):

$$(233,36+1,17)*0,5=117,26$$

Итого стоимость услуги:

$$234,52+117,26=351,78$$

В таблице 3.2 представлен расчет стоимости профосмотра для предприятий в расчете на одного человека.

Таблица 3.2 – Расчет стоимости профосмотра для предприятия

Наименование услуги	Стоимость, руб.
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога	285,92
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога	174,86
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра-нарколога	266,93
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра	289,95
Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-дерматолога	174,86
Реакция микропреципитации (РМП на сифилис)	250,23
Исследование уровня холестерина в крови	166,35
Исследование уровня глюкозы в сыворотке крови	166,35

Продолжение таблицы 3.2

Наименование услуги	Стоимость, руб.
Составление паспорта здоровья	351,78
Итого цена за 1 человека	2127,23

Для проведения профосмотров необходимо выделение трудовых ресурсов. Создание процесса с гибкой численностью персонала – временное увеличение производительности/пропускной способности, в момент максимальных нагрузок, за счет привлечения персонала к выполнению функционала других участников процесса, без потерь качества и общей производительности труда. Создание процесса с гибкой численностью предполагает обучение части персонала, обычно занятого на смежных/иных процессах, навыкам, требующимся для выполнения замещаемого функционала. Для чего должны быть разработаны общий регламент организации диспансеризации, регламенты отдельных операций и функциональные обязанности персонала. Данная услуга достаточно востребована у предприятий. В рамках данной работы был проведен опрос 15 работодателей на предмет готовности заключения договора на проведение профосмотра. В таблице 3.3 представлены ответы респондентов.

Таблица 3.3 – Результаты опроса

Респондент	Вопросы				
	Проводите ли вы аттестацию рабочих мест?	Имеются ли у вас вредные условия труда	Готовы ли вы заключить договор на проведение профосмотра	Приемлемая цена услуги	Количество работников подлежащих профосмотру
1	Да	Да	Да	2500	30
2	Да	Да	Да	3000	50
3	Да	Да	Да	1800	25
4	Нет	Нет	Нет		
5	Да	Нет	Нет		
6	Да	Да	Да	2200	18
7	Нет	Нет	Нет		
8	Нет	Нет	Нет		
9	Нет	Нет	Нет		
10	Да	Да	Да	2100	20
11	Да	Да	Да	2300	60
12	Да	Да	Да	2700	53
13	Да	Нет	Нет		
14	Нет	Нет	Нет		
15	Да	Да	Да	2500	34
Результат	5-Нет, 10-Да	7-Нет, 8-Да	7-Нет, 8-Да	2387	290

Из приведенных данных в таблице видно, что из 15 респондентов 8 предприятий готовы заключить договор на проведение профосмотра, при этом средняя стоимость услуги, которую могут заплатить предприятия, составляет 2387 руб. Это немного выше, чем цена на услуги по приведенному расчету для больницы. Итогом оказания данной услуги может быть увеличение финансирования больницы, не только за счет планых услуг, но и за счет дополнительного привлеченных граждан к диспансеризации.

В целом финансирование больницы будет увеличено:

за счет проведения профосмотра

$OY=290*2197=637130$ руб.

за счет роста граждан привлеченных к диспансеризации

$OD=3710,91*290=1076164$ руб.

Расчет роста финансирования в целом приведен в таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Оценка эффективности мероприятий

Показатели	Базисный год (2018)	После реализации мероприятий	Темп роста, %
Всего финансирование, тыс. руб.	324285	325998	100,53
в том числе диспансеризация тыс. руб.	1258	2334	185,53
платные услуги тыс. руб.	9102	9739	107,00
Количество услуг по диспансеризации тыс. руб.	391	681	174,17
Количество платных услуг тыс. руб.	28491	28781	101,02
Расходы по платным услугам тыс. руб.	7634	8052	105,48
Прибыль по платным услугам тыс. руб.	1468	1687	114,92
Рентабельность платных услуг, %	16,13	17,32	

Итак, приведенные данные показывают, что в целом рост финансовых ресурсов больницы составит 100,53%. Темп роста финансирования диспансеризации составит 185,53%, темп роста платных услуг составит 107%. При этом количество платных услуг увеличится на 101,02%. Прибыль, полученная при оказании платной медицинской помощи, вырастет на 114,92%, а рентабельность увеличится на 1,19% и достигнет 17,32%.

Итак, предложенные мероприятия эффективные и их можно внедрить в практику ГБУЗ ОКБ №3.

Вывод по главе

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения испытывают постоянную нехватку средств для финансирования своей деятельности. При этом в новых условиях функционирования к лечебным учреждениям предъявляются высокие требования по качеству оказываемых услуг.

ГБУЗ ОКБ №3 для расширения источников финансового обеспечения деятельности необходимо использовать различные маркетинговые мероприятия. В современных условиях, одним из важных моментов становится увеличение числа потребителей медицинских услуг. Это увеличивает объем медицинской помощи оказываемый населению и повышает доходы учреждений здравоохранения. При этом, цель больницы состоит в улучшении здоровья граждан, а значит привлечение потребителей медицинских услуг должно развиваться в направлении профилактических мероприятий.

Для сокращения дефицита финансовых ресурсов учреждению необходимо повысить активность в оказании платных услуг, перечень которых не входит в систему ОМС. Для этих целей необходимо разработать систему продвижения платных услуг. К применению в рамках ГБУЗ ОКБ №3 предлагается создать маркетинговый отдел, напечатать буклеты, проводить анкетирование потребителей.

Кроме того в рамках программы «Бережливая поликлиника» возможно увеличить количество потребителей не только тех, которые приходят за врачебной помощью, но и тех, кто хочет пройти профилактические мероприятия.

В рамках настоящей работы для увеличения финансовых ресурсов предлагается заключить договора на проведение профосмотров для предприятий.

В настоящее время данная услуга является актуальной, так как аттестация рабочих мест предполагает обязательное проведение профосмотров.

Результаты расчетов показали, что данная услуга эффективная. В целом рост финансовых ресурсов больницы составит 100,53%. Темп роста финансирования

диспансеризации составит 185,53%, темп роста платных услуг составит 107%. При этом количество платных услуг увеличится на 101,02%. Прибыль, полученная при оказании платной медицинской помощи, вырастет на 114,92%, а рентабельность увеличится на 1,19% и достигнет 17,32%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате прохождения производственной практики были сформулированы следующие выводы.

Нормативное регулирование учреждений здравоохранения основывается на правовых актах Российской Федерации. Финансирование деятельности учреждений здравоохранения, собственником которых являются муниципальные образования России, осуществляется на основании положений содержащихся в Бюджетном Кодексе.

В настоящее время источники финансового обеспечения деятельности государственных учреждений здравоохранения представлены следующими видами: средства бюджетов России, фонды медицинского страхования, государственные программы, внебюджетные средства от оказания платных медицинских услуг. За счет фондов медицинского страхования финансируются прямые расходы, связанные с лечебной деятельностью. Бюджетное финансирование осуществляется в рамках сметного финансирования. Средства, полученные от оплаты платных услуг, распределяются учреждением самостоятельно.

Для оценки государственного регулирования финансового обеспечения учреждений здравоохранения используют данные, представленные в финансовой отчетности. Основным источником информации является отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности.

Источники финансирования деятельности ГБУЗ ОКБ №3 за 2016-2018 гг. представлены средствами городского бюджета, фонда обязательного медицинского страхования, платными услугами, субвенциями для участковой службы, средствами на дополнительную диспансеризацию.

Наибольшего удельного веса в структуре источников финансирования ГБУЗ ОКБ №3 за три анализируемых периода занимают средства городского бюджета и фонда обязательного медицинского страхования.

В целом проведенный анализ источников финансирования МБУЗ ГКБ №3 позволил сделать вывод о том, что основную часть финансирования учреждение получает из фонда обязательного медицинского образования и городского бюджета.

Общая сумма расходов ГБУЗ ОКБ №3 в 2016 г. составила 268 098 тыс.руб., в 2017 г. выросла до 341 833 тыс. руб., в 2018 г. сократилась до 333 379 тыс. руб.

В 2016 г. общая сумма расходов ГБУЗ ОКБ №3 не превышает сумму доходов. В 2017 г. общая сумма доходов ГБУЗ ОКБ №3 соответствует расходам на 93%. В 2017 г. общая сумма доходов ГБУЗ ОКБ №3 соответствует расходам, произведенным из городского бюджета на 97%.

Таким образом, ГБУЗ ОКБ №3 испытывает дефицит в ресурсах на осуществление текущей деятельности.

На сегодняшний день опорная госпрограмма в функционировании здравоохранения – программа «Развития здравоохранения» до 2025 года. В соответствии с законом Челябинской области «Об областном бюджете на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», объемы финансирования программы на период 2018-2020 годы увеличены на 10,9% и составили 75 420 749,60 тысяч рублей. Из них 74 437 108,90 тысяч рублей областного и 983 640,70 тысяч рублей федерального бюджетов. В 2018 году доходы территориального фонда ОМС Челябинской области составили 43,6 миллиарда рублей. Эти средства были направлены на оплату медицинской помощи, оказанной жителям Челябинской области в рамках территориальной программы ОМС.

Государственные и муниципальные учреждения здравоохранения испытывают постоянную нехватку средств для финансирования своей деятельности. При этом в новых условиях функционирования к лечебным учреждениям предъявляются высокие требования по качеству оказываемых услуг.

ГБУЗ ОКБ №3 для расширения источников финансового обеспечения деятельности необходимо использовать различные маркетинговые мероприятия. В современных условиях, одним из важных моментов становится увеличение

числа потребителей медицинских услуг. Это увеличивает объем медицинской помощи оказываемый населению и повышает доходы учреждений здравоохранения. При этом, цель больницы состоит в улучшении здоровья граждан, а значит привлечение потребителей медицинских услуг должно развиваться в направлении профилактических мероприятий.

Для сокращения дефицита финансовых ресурсов учреждению необходимо повысить активность в оказании платных услуг, перечень которых не входит в систему ОМС. Для этих целей необходимо разработать систему продвижения платных услуг. К применению в рамках ГБУЗ ОКБ №3 предлагается создать маркетинговый отдел, напечатать буклеты, проводить анкетирование потребителей.

Кроме того в рамках программы «Бережливая поликлиника» возможно увеличить количество потребителей не только тех, которые приходят за врачебной помощью, но и тех, кто хочет пройти профилактические мероприятия.

В рамках настоящей работы для увеличения финансовых ресурсов предлагается заключить договора на проведение профосмотров для предприятий.

В настоящее время данная услуга является актуальной, так как аттестация рабочих мест предполагает обязательное проведение профосмотров.

Результаты расчетов показали, что данная услуга эффективная. В целом рост финансовых ресурсов больницы составит 100,53%. Темп роста финансирования диспансеризации составит 185,53%, темп роста платных услуг составит 107%. При этом количество платных услуг увеличится на 101,02%. Прибыль, полученная при оказании платной медицинской помощи, вырастет на 114,92%, а рентабельность увеличится на 1,19% и достигнет 17,32%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая) от 30.11.1994 г. № 51-ФЗ (ред. от 03.08.2018)// Собрание законодательства РФ, 05.12.1994, №32, ст. 3301.
2. Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 N 145-ФЗ . (ред. от 15.04.2019) – Москва: Проспект, КноРус, 2016. – 272с.
3. О некоммерческих организациях: федеральный закон от 12.01.1996 г. № 7-ФЗ (ред. от 29.07.2018) // Собрание законодательства РФ, 15.01.1996, № 3, ст. 145.
4. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 06.02.2019) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/
5. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1640 (ред. от 29.03.2019) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/
6. Аверин, А.Н. Финансовое обеспечение социальной политики и социальной сферы [Текст] / А.Н. Аверин // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. 2018. № 2 (93). С. 135-139.
7. Авксентьев, Н.А. Прогноз расходов на здравоохранение в России до 2030 года [Текст] / Н.А. Авксентьев // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2017. № 1 (35). С. 63-76.
8. Алешин, С.М. Анализ исполнения смет расходов, контроль и ревизия в бюджетных учреждениях: учеб. пособие / С.М. Алешин. – М.: Новое знание, 2017. – 234 с.
9. Амборский, В.И. Анализ хозяйственной деятельности в бюджетных и научных учреждениях: учеб. пособие / В.И. Амборский, А.А. Грищенко. - М., Дело, 2016. – 234 с.
10. Бадаев, Ф.И., Веретенникова О.Б., Носенко Ю.И. Опыт бюджетирования в

- многопрофильных больницах // Экономика здравоохранения. – 2018. – № 4 – С. 13-17
11. Баева, А.А. Проблемы регионального управления в системе здравоохранения / А.А. Баева // Образование и наука без границ: социально-гуманитарные науки. – 2017. – № 6. – С. 80-85.
 12. Банин, С.А. Справедливое финансирование – главная цель функционирования системы здравоохранения / С.А. Банин // Инновационное развитие экономики. – 2015. – № 4 (40). – С. 129-135.
 13. Бедрачук, И.А. Финансы бюджетных организаций: учебное пособие. / Бедрачук И.А., Пивень Е.В. - Владивосток: Изд-во ВГУЭС, 2018. - 52 с.
 14. Василенко, М.А. Основы развития предпринимательства в здравоохранении России / М.А. Василенко // Перспективы науки. – 2017. – № 8 (95). – С. 51-54.
 15. Васильев, Ю. Одноканальная система финансирования учреждений здравоохранения / Ю. Васильев / Учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2018. - №1. – с. 21-34
 16. Васильев, В.П. О материально – финансовом обеспечении здравоохранения / В.П. Васильев // Социологические исследования.– 2017. – № 3. – С. 150-154.
 17. Вахрин, П.И., Финансовый анализ в коммерческих и некоммерческих организациях: учеб. пособие / П.И. Вахрин. – М: Маркетинг, 2019. – 320с.
 18. Гегерь, Э.В. Актуальные вопросы совершенствования управления здравоохранением с использованием информационных технологий / Э.В. Гегерь // Фундаментальные исследования. – 2017. – № 3. – С. 30-34.
 19. Годин, А.М. Бюджет и бюджетная система Российской Федерации: учеб. пособие / А.М. Годин, И.В. Подпорина. – М: Дашков и Ко, 2016. – 276 с.
 20. Горшкова, Л.В. Проблемы оценки эффективности затрат на здравоохранение / Л.В. Горшкова // Сервис в России и за рубежом. – 2017. – Т. 11. – № 6 (76). – С. 137-151.

21. Губайдуллина, А.Р. Организация взаимодействия органов государственной власти в управлении здравоохранением: основные проблемы / А.Р. Губайдуллина // Наука через призму времени. – 2018. – № 1 (10). – С. 221-224.
22. Гущина, Е.Ю. Механизм финансирования учреждений здравоохранения в решении социальных проблем / Е.Ю. Гущина // Современные тенденции развития науки и технологий. - 2016.- № 10. - С. 29-32.
23. Данилов, Е.Н. Анализ хозяйственной деятельности в бюджетных и научных учреждениях: учеб. пособие / Е.Н. Данилов, В.Е. Абарникова, Л.К. Шипков. – М: ФиС, 2017. – 336 с.
24. Данилова, Г.В. Финансовое обеспечение учреждений здравоохранения / Г.В. Данилова // Наука и экономика. - 2016. - № 2. - С. 12-17.
25. Дивеева, А.А. Проблемы управления здравоохранением: региональный аспект / А.А. Дивеева // Многоуровневое общественное воспроизводство: вопросы теории и практики. – 2017. – № 13 (29). – С. 99-105.
26. Кельчевская, Н.Р. Проведение финансового анализа государственного учреждения: учеб. пособие / Н.Р. Кельчевская, Н.Б. Прохорова, М.Б. Павлова. – Екатеринбург: Изд-во УГТУ-УПИ, 2018. – 127
27. Колесников, С.И. Развитие российского здравоохранения на современном этапе: проблемы, пути их решения / С.И. Колесников // Заместитель главного врача. – 2016. - №12 – С. 6-8.
28. Коробкова, О.К. Федеральная целевая программа «Развитие здравоохранения Российской Федерации» система государственной поддержки продуцентов сферы услуг здравоохранения / О.К. Коробкова // Экономические науки. – 2017. – № 150. – С. 69-74.
29. Костина, В.В. Государственное финансирование системы здравоохранения в современной России / В.В. Костина // Вестник современных исследований. – 2017. – № 7-1 (10). – С. 203-210.
30. Лачина, Е.А. Актуальные проблемы правового регулирования системы

- здравоохранения в РФ / Е.А. Лачина // Ученые записки. – 2017. – № 3 (23). – С. 102-106.
- 31.Мазин, П.В. Экономика здравоохранения / П.В. Мазин // Вятский медицинский вестник. – 2017. – № 1. – С. 64-66.
- 32.Мусаев, Р.А. Государственное и муниципальное управление сферой здравоохранения / Р.А. Мусаев // Вестник научных конференций. – 2017. – № 8-1 (24). – С. 77-79.
- 33.Мысляева, И.Н. Государственные и муниципальные финансы. / И.Н. Мысляева.- М.: ИНФРА-М, 2016. – 360 с.
- 34.Мягкова, И.А. Правовые основы системы здравоохранения в РФ / И.А. Мягкова // Материалы Ивановских чтений. – 2017. – № 3 (14). – С. 135-139.
- 35.Назаров, В.С. Российское здравоохранение: проблемы и перспективы / В.С. Назаров // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. – 2017. – № 4 (38). – С. 9-23.
- 36.Обухова, Т. Анализ исполнения бюджетной сметы / Т. Обухова / Ревизия и проверки финансово-хозяйственной деятельности государственных (муниципальных) учреждений. – 2017. - №11
- 37.Поляк, Г.Б Бюджетная система России: учебник для студентов вузов, обучающихся экономическим специальностям / под. ред. Г.Б. Поляк. – М.: Юнити - Дана, 2017, – 703 с.
- 38.Поляк, Г.Б. Финансы в бюджетных организациях: учебник / Г.Б. Поляк. – М: Вузовский учебник, 2017. – 363 с.
- 39.Пучкова, В.В. Конструктивно-правовое регулирование системы здравоохранения в РФ / В.В. Пучкова // Вопросы российского и международного права. – 2017. – Т. 7. – № 4А. – С. 47-56.
- 40.Ревина, С.Н. Актуальные проблемы формирования системы целевых показателей эффективности деятельности учреждений здравоохранения / С.Н. Ревина // Вопросы экономики и права. – 2017.– № 105. – С. 83-89.
- 41.Решетников, А. В. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и

- практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин ; под общ. ред. А. В. Решетникова. – Москва : Издательство Юрайт, 2019. – 328 с.
42. Рыбальченко, И.Е. Бюджетирование, ориентированное на результат и социальные нормативы в здравоохранении / И.Е. Рыбальченко // Известия Санкт-Петербургского государственного экономического университета. – 2017. – № 6 (108). – С. 106-109.
43. Садыкова, Ю.Ж. Современные тенденции в здравоохранении России: спад или развитие / Ю.Ж. Садыкова // Статистика и Экономика. – 2017. Т. 14. – № 3. – С. 105-113.
44. Сергиенко, Е.В. Одноканальное финансирование учреждений здравоохранения в системе реформирования межбюджетных отношений / Сергиенко, Е.В., Колчина О.А. / V Международная студенческая электронная научная конференция «СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ 2018»
45. Сильверстова, Л.А. Менеджмент в здравоохранении / Л.А. Сильверстова // Новая наука: Стратегии и векторы развития. – 2017. – Т. 2. – № 2. – С. 39-44.
46. Соломатина, Е.И. Стратегическое планирование в здравоохранении / Е.И. Соломатина // Экономическая среда. – 2017. – № 2 (20). – С. 85-88.
47. Тихомиров, А.В. Отраслевая организация здравоохранения / Главный врач: хозяйство и право. – 2018. - №5. – с. 17-25.
48. Тищенко, Т.А. Административное регулирование системы здравоохранения Российской Федерации / Т.А. Тищенко // Экономика и управление: научно-практический журнал. – Уфа, 2015 -№5 (127). - С.16–19.
49. Тлепцеришев, Р.А. Экономика и управление здравоохранением: учебник / Р.А. Тлепцеришев [и др.]. – Ростов н/Д : Феникс, 2019. – 623с.
50. Уйба, В.В. Экономические методы управления в здравоохранении: учеб. Пособие / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов; под ред. В.В. Уйба - Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс»,

2017. - 314 с.

51. Хулукшинов, Д.Е. Механизмы финансирования системы здравоохранения России / Д.Е. Хулукшинов // Перспективы науки. – 2017. – № 6 (93). – С. 58-64.
52. Черничкина, О.В. Стратегическое управление закупками в системе здравоохранения] / О.В. Черничкина // Вестник научных конференций. – 2017. – № 2-3 (18). – С. 117-119.
53. Чубарова, Т.В. Финансирование здравоохранения в России: проблемы и решения / Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ, 2016. - №20.
54. Шамшурина, Н.Г. Социально-экономические критерии и показатели эффективности деятельности организаций здравоохранения // Главврач. – 2018. – № 7. – С. 35-38

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Выдержка из прейскуранта по платным услугам

ГБУЗ "Областная клиническая больница № 3"

ПРЕЙСКУРАНТ на 01.05.2019 г.

Таблица А.1 – Стоимость 1 койко-дня в родильном доме ГБУЗ "ОКБ № 3" *

Для физических, юридических лиц и иностранных граждан, не имеющих полиса мед.страхования

Шифр услуги	Наименование услуги	Цена, руб.
2.34.1	Отделение акушерское патологии беременности № 1	1 200,00
2.35.1	Отделение акушерское наблюдательное	1 200,00
2.36.1	Отделение для новорожденных детей	300,00

*Стоимость 1 койко-дня не включает дорогостоящие расходные материалы (импланты, имплантаты, другие изделия медицинского назначения, вживляемые в организм человека и т.д.)

Таблица А.2 – Стоимость пребывания в комфортных палатах родильного дома ГБУЗ "ОКБ № 3"

Шифр услуги	Наименование услуги	Цена, руб. в т.ч. НДС
2.37.1	Пребывание в 1-местной палате повышенной комфортности № 206, 214, 306	2 500,00
2.37.2	Пребывание в палатах блочного типа № 109;209,210,211,212,213,309,310,311,312,313,314	1 200,00
2.37.3	Пребывание в 2-местной палате повышенной комфортности № 408, 409	800,00
2.37.4	Пребывание в 1-местной палате повышенной комфортности № 308, 307, 208, 207	700,00

Таблица А.3 – Отделение родовое

Шифр услуги	Наименование услуги	Цена, руб.
2.38.1	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача	30 000,00
2.38.2	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача, включая стоимость анестезии	35 000,00

Продолжение таблицы А.3

Шифр услуги	Наименование услуги	Цена, руб.
2.38.4	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача, закончившиеся операцией кесарево сечение (включая стоимость анестезии)	40 000,00
2.38.5	Плановая операция кесарево сечение с индивидуальным выбором врача, включая стоимость анестезии	30 000,00
2.38.6	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором акушерки	25 000,00
2.38.7	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором акушерки, включая стоимость анестезии	30 000,00
2.38.8	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором акушерки, закончившиеся операцией кесарево сечение (включая стоимость анестезии)	35 000,00
2.38.9	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача и акушерки	35 000,00
2.38.10	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача и акушерки (включая стоимость анестезии)	40 000,00
2.38.11	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача и акушерки, закончившиеся операцией кесарево сечение (включая стоимость анестезии)	45 000,00
2.38.12	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача и акушерки (включая стоимость анестезии), закончившиеся операцией кесарево сечение (рубец на матке)	50 000,00
2.38.13	Ведение родов через естественные родовые пути с индивидуальным выбором врача (рубец на матке)	35 000,00