

**Акишкин В.Г., к.м.н.,  
Квятковский И.Е., соискатель кафедры  
«Экономика бизнеса и финансы»  
ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет»  
e-mail: akishkinvg@mail.ru  
Россия, Астрахань**

## **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ: КОНЦЕПЦИЯ ЭФФЕКТИВНОГО ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА**

Государственная политика в сфере здравоохранения основывается на распределении и перераспределении доходов между субъектами ее институциональной структуры, возникающих при взаимодействии государства, работодателей и домашних хозяйств. Распределение доходов осуществляется посредством функционирования финансового механизма, который, являясь элементом хозяйственного механизма, в общем виде представляет собой совокупность методов, рычагов, инструментов регулирования финансовых отношений в сфере здравоохранения.

Существует еще целый ряд определений финансового механизма. Так ряд авторов считает, что финансовый механизм является «составной частью хозяйственного механизма, представленный совокупностью видов и форм организации финансовых отношений, условий и методов исчисления, применяемых при формировании финансовых ресурсов, образовании и использовании денежных фондов целевого назначения» [8].

Кроме того, финансовыми механизмами и инструментами могут выступать «налоговые и неналоговые платежи, государственные (муниципальные) займы, средства финансовой помощи регионам к муниципалитетам, государственные заказы и программы, бюджетные кредиты, дотации, субсидии, субвенции, социальные трансферты» [2,8].

Шейман И.М., Кадыров Ф.Н., Стародубов В.И. считают, что финансовый механизм является системой управления финансовыми отношениями предприятия через финансовые рычаги с помощью финансовых методов. Авторы выделяют такие элементы финансового механизма как финансовые отношения, финансовые рычаги, финансовые методы, правовое, информационное и методическое обеспечение процесса управления [5, 9, 13].

Ряд авторов определяют финансовый механизм как «составную часть хозяйственного механизма, совокупность финансовых стимулов, рычагов, инструментов, форм и способов регулирования экономических процессов и отношений» [3,5].

Миляков Н.В. уточняет, что финансовый механизм «состоит на совокупности организационных форм финансовых отношений, формы финансовых ресурсов, порядка и методов формирования и использования централизованных и децентрализованных фондов денежных средств, методов финансового планирования, форм управления финансами и финансовой системой, финансового законодательства» [10].

Основной целью финансового механизма в сфере здравоохранения является организация ее финансовой системы, направленной на регулирование финансовых отношений с внешней средой в процессе распределения ресурсов, которая способствовала бы разрешению существующих противоречий. Следовательно, главной проблемой функционирования финансового механизма является согласование пропорций распределения ресурсов между получателями бюджетных средств при регулировании их финансовых отношений.

Под финансовым механизмом сферы здравоохранения будем понимать систему управления финансовыми отношениями субъектов ее институциональной структуры в ходе перераспределения финансовых ресурсов для оптимизации результатов ее функционирования с помощью финансовых методов посредством финансовых рычагов.

Вследствие того, что финансовый механизм в сфере здравоохранения призван регулировать и согласовывать пропорции распределения ресурсов между ее субъектами, необходимо установление элементов механизма для обеспечения его функционирования.

Финансовый механизм взаимодействия субъектов в сфере здравоохранения имеет сложную структуру, элементы которой зависят от специфики финансовых отношений между ними. В состав финансового механизма входят следующие элементы:

- финансовые методы: финансовое планирование; бюджетирование, ориентированное на результат; финансовое прогнозирование; финансирование, в т.ч. инвестирование; финансовый (бухгалтерский, налоговый, статистический) учет; стимулирование; компенсация; аренда (лизинг); налогообложение; финансовый контроль; ценообразование; пожертвования;

- рычаги, стимулы, инструменты: налоговые льготы; национальные проекты; гарантированная помощь; арендные ставки; штрафы и пени; вознаграждения;

- обеспечивающие системы: финансовые ресурсы; кадровые ресурсы; материально-технические ресурсы; методологическое обеспечение; методические инструменты; нематериальное обеспечение.

Финансовые методы, рычаги, стимулы и инструменты являются научно-практическим аппаратом механизма и имеют прикладную значимость. В свою очередь, обеспечивающие системы дают возможность практического использования методов, рычагов, стимулов и

инструментов для управления финансами сферы здравоохранения.

Действие элементов финансового механизма направлено на объект управления, представляющий собой финансовые отношения между субъектами институциональной структуры сферы здравоохранения.

Финансовый механизм используется государством для оказания воздействия на экономику и социальную сферу, направление которого зависит от приоритетов национальной политики в данный момент времени. Регулирование осуществляется «с одной стороны, через структуру финансового механизма и нацеленность различных его частей на решение конкретных задач и достижение реального эффекта», с другой – через величину финансовых ресурсов, формируемых в распоряжении хозяйствующих субъектов и государства и направляемых (инвестируемых) на удовлетворение потребностей общества (государства, его территориальных структур, хозяйствующих субъектов, граждан)» [1].

Эффективно функционирующий финансовый механизм должен базироваться на единых финансовых и технологических принципах взаимодействия всех элементов системы, имеющих согласованные цели, задачи и критерии оценки.

Как правило, функционирование финансового механизма обусловлено объемом финансовых ресурсов, поступающих из разных источников и который необходимо распределить между участниками системы здравоохранения. При этом абсолютно четко должны быть оговорены условия выделения ресурсов медицинским учреждениям и направления их использования.

Финансовый механизм призван оказывать влияние на экономику сферы здравоохранения в регионе путем проведения единой финансовой политики по отношению ко всем ее участникам. Решение конкретных задач будет осуществляться путем аккумуляирования необходимых финансовых ресурсов в их распределении между участниками системы здравоохранения в рамках выполнения программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи для удовлетворения их потребностей [12].

Основные проблемы, которые необходимо решить с помощью эффективно функционирующего финансового механизма для регулирования деятельности сферы здравоохранения на уровне субъекта Федерации заключаются в том, чтобы, во-первых, координировать финансовые отношения участников системы здравоохранения для выполнения ими своих функциональных обязанностей; во-вторых, рационально распределять финансовые ресурсы между учреждениями сферы здравоохранения на конкурсной основе.

Можно констатировать, что на сегодняшний день «в финансовом механизме

реализации расходной социальной политики по-прежнему преобладает экстенсивный подход. За счет бюджетных средств содержится огромная сеть бюджетных учреждений [7]. Но эффективность их функционирования до сих пор оставляет желать лучшего.

В целях обеспечения конституционных прав граждан России ежегодно принимаются программы госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ПГГ), в субъектах федерации – территориальные программы госгарантий (ТПГГ). Мониторинг формирования, экономического обоснования и оценка реализации ТПГГ возложен на Минздрав и совместно с ФОМС – территориальные программы ОМС.

ПГГ устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи (рис. 1).



Рис. 1. Программы обязательного медицинского страхования

При формировании территориальной программы учитываются: порядки оказания мед. помощи и стандарты мед. помощи; особенности половозрастного состава населения субъекта Федерации; климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций; уровень и структура заболеваний населения региона (по данным медстатистики); сбалансированность объема мед. помощи и ее финансового обеспечения. В целях обеспечения доступности мед. помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности территориальными программами государственных гарантий устанавливаются дифференцированные объемы мед. помощи с учетом использования санавиации, телемедицины, передвижных форм предоставления профилактических, диагностических и иных мед. услуг.

В рамках ПГГ бесплатно предоставляются: *первичная медико-санитарная помощь*, в т.ч. первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная; *специализированная*, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь; *скорая*, в т.ч. скорая специализированная, медицинская помощь; *паллиативная медицинская помощь* в медицинских организациях.

Медицинские организации в сфере ОМС – это имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС: организации любой предусмотренной законодательством организационно-правовой формы; индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Отметим, медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере ОМС на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с ТПОМС. Источниками финансового обеспечения ПГГ являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

В ПГГ устанавливается перечень заболеваний и состояний и категории граждан, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, а также конкретные источники финансирования.

В составе территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются нормативы объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления

медицинской помощи и норматив финансового обеспечения ТПОМС.

При установлении ТПОМС страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой ОМС территориальная программа должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях [6].

В свете нового законодательства о введении таких организационно-правовых форм деятельности государственных учреждений, как автономное и бюджетное вновь актуализируется вопрос о порядках, условиях формирования полномочий по финансовому обеспечению деятельности государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Для достижения целей создания учредитель устанавливает задания им в соответствии с предусмотренной уставом основной деятельностью.

Автономное учреждение (АУ) осуществляет в соответствии с заданиями учредителя и обязательствами перед страховщиком по обязательному социальному страхованию деятельность, связанную с выполнением работ, оказанием услуг, частично за плату или бесплатно [5]. Госзадания для бюджетного учреждения формирует и утверждает орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя. Учредитель осуществляет финансовое обеспечение выполнения задания с учетом расходов на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, расходов на уплату налогов на указанное имущество, а также развитие автономных учреждений. Финансовое обеспечение основной деятельности, связанной с выполнением госзадания осуществляется в виде субвенций и субсидий из соответствующего бюджета.

Условия и порядок формирования госзадания и порядок финансового обеспечения его выполнения для бюджетных и автономных учреждений определяются Правительством РФ или высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Федерации по принадлежности имущества, на базе которого созданы эти учреждения [10].

Рассмотрим действующий порядок формирования основы для финансирования госзадания – объемного количественного измерителя медицинской помощи и (или) медицинской услуги. Порядком оказания медицинской помощи (ПОМП) является совокупность мероприятий организационного характера, направленных на своевременное

обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме. ПОМП утверждаются по отдельным ее видам и профилям (в настоящее время действует более 20), включают: этапы оказания медицинской помощи; положение об организации деятельности медицинского учреждения в части оказания медицинской помощи; стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы учреждения, его структурных подразделений; иные положения, исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

Стандартом медицинской помощи является унифицированная совокупность медицинских процедур, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (действует около 700 стандартов).

Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи обязательны для исполнения на территории России всеми медицинскими организациями.

Орган управления здравоохранением при использовании порядков и стандартов в практике работы ЛПУ планирует объемные показатели госзаказа в форме количества законченных случаев лечения, рассчитанных на основе стандартов медицинской помощи по определенному заболеванию (группе однородных заболеваний). Общая методология формирования госзадания на основании финансирования за законченные случаи лечения больных в автономных и бюджетных учреждениях представлена (рис. 2).



Рис. 2. Схема финансирования медицинской помощи

Источник: [www.minzdrav.ru](http://www.minzdrav.ru)

На практике используются расчеты объемов деятельности по региональным МЭСам - медико-экономическим стандартам ОМС и стоимости МЭСа законченного случая. Существующий подход планирования стоимости законченного случая *укрупненным способом*

можно представить следующим образом:

$T_{с kn} = НФЗ_{с kn} * Дн kn$ , где:

$T_{с kn}$  - тариф на законченный случай лечения в стационаре для n-ной группы заболеваний k-того уровня оказания медицинской помощи;

$НФЗ_{с kn}$  - норматив финансовых затрат на один койко-день для n-ной группы заболеваний k-того уровня оказания медицинской помощи, включающий расходы на параклинические услуги, услуги реанимационного отделения, оперблока, приемного отделения и т.д.;

$Дн kn$  - нормативная длительность лечения в стационаре для n-ной группы заболеваний k-того уровня оказания медицинской помощи.

Лечение на койке конкретного профиля сопровождается следующими расчетами тарифа законченного случая лечения.

$T ki = НФЗ ki \times Дн ki$ , где:

$T ki$  - тариф на законченный случай лечения в стационаре для i- того профиля k-того уровня оказания медицинской помощи;

$НФЗ ki$  - норматив финансовых затрат на один койко-день для i- того профиля k-того уровня оказания медицинской помощи, включающий затраты на параклинические услуги, услуги реанимационного отделения, оперблока, приемного отделения;

$Дн ki$  - нормативная длительность лечения в стационаре для i-того профиля k-того уровня оказания медицинской помощи.

Согласно ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при введении госзадания государственным бюджетным учреждениям в качестве нормативов финансовых затрат на предоставление государственных услуг следует рассматривать тарифы оплаты за законченный случай лечения, дифференцированные по нозологическим формам. Общий размер бюджетных ассигнований конкретному учреждению определяется на основе тарифов оплаты за каждый законченный случай лечения и устанавливаемых в качестве задания показателей числа пролеченных больных по различным нозологическим формам. Общая величина бюджетного финансирования рассчитывается как сумма произведений согласованного количества пролеченных больных по каждой нозологической форме в соответствии с федеральными стандартами на соответствующий тариф оплаты за законченный случай лечения по данной нозологической форме [7].

Определение размера средств на финансовое обеспечение основной деятельности предусматривает формирование плановых объемов государственных услуг - стандартов медицинской помощи по профилям и заболеваниям (при условии работы ЛПУ по федеральным стандартам по всем направлениям и этапам оказания медицинской помощи:



поликлиническое звено, лечение в дневном стационаре, стационарное звено). Перечень стандартов отбирается в зависимости от профиля коек стационара и статистики лечения нозологии в каждом из профильных отделений.

Формирование госзадания в законченных случаях стационарного лечения устанавливается переводом объема услуг стационара в койках в объемы законченных случаев лечения:

1. фактические койки доводятся до объема, соответствующего потребности населения и уровню заболеваемости (по профилям);
2. устанавливается прогнозный «вектор» количества пролеченных больных по профилям коечного фонда (тренд статистики);
3. определяется средний койко-день лечения больного на профильной койке:
  - 3.1. факт: количество дней работы коек /п. 2
  - 3.2. план работы койки в году по ППГ
  - 3.3. норматив лечения в днях по федеральным стандартам (усредненные нормативы по профилям);
4. производится расчет законченных случаев лечения госзадания (п.1: 3.1(3.2, 3.3.))

Формула для расчета количества законченных случаев лечения больных разных видов заболеваний и профилей по федеральным стандартам в рамках госзадания по стационарной помощи может иметь вид:

$$PC_{гз} = \frac{P(\text{условно – постоянные})}{\text{Тариф} \Phi C - \frac{P(\text{условно – переменные})}{K\Phi C_{\text{план}}}}$$

где: РС<sub>гз</sub>- количество законченных случаев для формирования государственного задания стационарной помощи при сложившейся региональной финансовой ситуации (это количество может быть обеспечено финансированием, при условии утвержденного норматива его стоимости (Тариф  $\Phi C$ ) с учетом включения всех расходов (полный тариф) и правильно спланированной оптимальной мощности стационара (К $\Phi C$  план).

Р (условно-постоянные) - условно-постоянные расходы стационара, связанные с содержанием имущества и амортизацией основных средств и иные косвенные расходы, не реагирующие на изменение объемов пролеченных больных (оказанных услуг);

Р (условно-переменные) - условно-переменные расходы, связанные: с оплатой труда и начислениями для медицинских работников за конечные результаты и качественные показатели лечения; расходными материалами и медикаментами; расходами на питание; расходами на мягкий инвентарь и обмундирование медицинских работников и больных,

которые прямо пропорционально реагируют на изменение объемов деятельности;

Тариф ФС - нормативная себестоимость федерального стандарта по тарифу, принятому к расчетам (тариф ОМС + поэтапное включение расходов из бюджетной составляющей возмещения затрат);

КФС план - плановое количество федеральных стандартов, которые могут быть выполнены и соответствуют плановому количеству коек стационарных отделений (с учетом реструктуризации под потребность населения и нормативы работы койки, ее занятости, выполнении врачами плановой нагрузки и п.т.) и средним срокам лечения законченных случаев по федеральным стандартам (максимальная мощность стационарной помощи).

Разница значений КФС план и РСгз может составлять согласованный с учредителем плановый объем реализации услуг сверх госзаказа за плату [11].

Особенность формирования финансовых средств под госзадание на поликлинические услуги является возможность использования подушевого норматива финансирования на прикрепленное население территории с учетом коэффициента «миграционной медицинской помощи» или использование механизма фондодержания в поликлиниках.

Средства для финансового обеспечения амбулаторно-поликлинических бюджетных и автономных учреждений (далее - АПУ) в рамках реализации госзадания планируются на основе подушевого финансирования по этапам: формируется количество прикрепленных граждан к АПУ (реестр прикрепленных); определяется дифференцированный подушевой норматив финансирования одного прикрепленного к АПУ на основе дифференциации средней стоимости поликлинической помощи для жителя региона в ТПГГ (ТПОМС), участков обслуживания, уровня АПУ и т.д.; определяется объем финансирования госзадания АПУ – фондодержателя (произведение прикрепленных граждан на дифференцированный подушевой норматив финансирования).

Метод подушевого финансирования в применении к стратегическому распределению средств необходим для ведения авансовых расчетов за медицинскую помощь. Подушевое финансирование предполагает, что хотя сумма может быть формально ассигнована отдельно взятому индивиду, по плану не предполагается, что на каждого индивида будет истрачено именно данное количество денег.

Возраст и пол, также уровень потребления медицинской помощи и степень урбанизации муниципального образования и т.д. могут быть важными определяющими факторами варьирования расходов в составе дифференциации подушевого финансирования, однако существуют и многочисленные другие показатели, влияющие на корректировку рисков, а следовательно, участвующие в дифференциации стоимости амбулаторной помощи к территориальной поликлиники жителю.

Принцип подушевого финансирования и введение фондодержания в АПУ не нарушает права граждан на выбор врача и медицинского учреждения. Поликлинические учреждения (амбулаторно-поликлиническая помощь) планируются для работы в условиях госзадания и его финансового обеспечения, исходя из численности населения и подушевых нормативов финансирования на одного жителя.

Следует обратить внимание, что в нормативных документах системы ОМС федерального уровня указано, что общие объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС, распределяются решением комиссии, созданной в субъекте РФ, между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, исходя из: количества, пола и возраста застрахованных лиц; количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь; потребности застрахованных лиц в медицинской помощи.

Подчеркнем, что при планировании размеров финансового обеспечения госзадания АУ и БУ с расширенным объемом прав следует иметь в виду [8]:

- корреляцию расчетных (сложившихся) показателей деятельности с нормативами, как в части объемов предоставления медицинской помощи, так и по стоимости единицы объема;
- возможность доведения объемов выполнения лечебных, диагностических и реабилитационных услуг до объемов, рекомендованных в стандартах;
- возможность оптимизации структуры предоставляемой помощи с учетом региональной интеграции медицинских организаций в условиях крупного города (межрайонного центра);
- повышение эффективности использования материальных, кадровых ресурсов на базе оптимизации стоимости 1-го койко-дня, 1-го посещения, 1-го пролеченного больного;
- расширение способов мотивации сотрудников за результаты выполнения федеральных норм, лимитов, нормативов, стандартов (введение в критерий стимулирующей части таких показателей).

Таким образом, при сохранении традиционных нормативов финансовых затрат, нормативных объемов койко-дней, посещений, пациенто-дней, вызовов, вводятся в практику планирования показатели объемов законченных случаев лечения больных и их стоимость в соответствии с нормативными затратами.

Объем субсидии учреждению на возмещение затрат, связанных с оказанием (выполнением) им в соответствии с госзаданием государственных услуг (работ) определяется по формуле:

$$C_{гз} = \text{SUM}(C_{ni} \times N_{гyi}) + C_{и},$$

где:  $C_{гз}$  - объем субсидии на соответствующий финансовый год;

$C_{ni}$  - нормативные затраты на оказание (выполнение) единицы  $i$ -й государственной услуги (работы);

$N_{гyi}$  - количество государственных услуг (работ)  $i$ -го вида в соответствии с государственным заданием на соответствующий финансовый год;

$C_{и}$  - нормативные затраты на содержание имущества учреждения.

Нормативные затраты на оказание (выполнение) единицы  $i$ -й государственной услуги (работы) определяются по формуле:

$$C_{ni} = C_{при} + C_{ки},$$

где:  $C_{при}$  - прямые затраты учреждения, непосредственно связанные с оказанием (выполнением) единицы  $i$ -й государственной услуги (работы), на соответствующий финансовый год;

$C_{ки}$  - косвенные расходы учреждения, связанные с оказанием (выполнением) единицы  $i$ -й государственной услуги (работы), на соответствующий финансовый год.

Прямые затраты –  $C_{пр}$  определяются по формуле:

$$C_{пр} = C_{оту} + C_{нот} + C_{мед},$$

где:  $C_{оту}$  - нормативные затраты на заработную плату основного персонала принимающего непосредственное участие в выполнении государственной услуги, определяются исходя из штатного расписания и с учетом особенностей оплаты труда работников учреждения;

$C_{нот}$  - нормативные затраты на начисления на оплату труда основного персонала, принимающего непосредственное участие в выполнении госуслуги, рассчитываются на основе затрат на оплату труда с учетом ставки начислений, установленной действующим законодательством;

$C_{мед}$  - нормативные затраты на приобретение медикаментов и перевязочных средств, потребляемые в процессе выполнения госуслуги, рассчитываются исходя из установленного норматива в соответствии с параметрами бюджета региона на соответствующий финансовый год.

Косвенные затраты  $C_{к}$  определяются по формуле:

$$C_k = C_{оту} + C_{пв} + C_{нот} + C_{ку} + C_{но} + C_{п},$$

где:  $C_{оту}$  - нормативные затраты на заработную плату вспомогательного, технического и административно-управленческого персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании государственной услуги;

$C_{пв}$  - нормативные затраты на прочие выплаты, включают установленные законодательством компенсационные выплаты;

$C_{нот}$  - нормативные затраты на начисления на оплату труда вспомогательного, технического и административно-управленческого персонала, не принимающего непосредственное участие в оказании госуслуги;

$C_{ку}$  - нормативные затраты на коммунальные услуги определяются исходя из тарифов на коммунальные услуги и лимитов их потребления и устанавливаются в размере 80 процентов общего объема затрат на оплату коммунальных услуг и рассчитываются по формуле:

$$C_{ку} = \sum T_i \times V_i \times 0.8,$$

где:  $T_i$  - тариф на потребление  $i$ -го вида коммунальных услуг на соответствующий год;

$V_i$  - объем потребления  $i$ -го вида коммунальных услуг в соответствующем финансовом году;

$C_{но}$  - нормативные затраты на общехозяйственные нужды включают в себя: расходы на услуги связи; на транспортные услуги; на содержание объектов недвижимого и особо ценного движимого имущества; на прочие работы и услуги; прочие расходы; на приобретение предметов снабжения и расходных материалов (за исключением расходов на приобретение медикаментов и перевязочных средств и продуктов питания);

$C_{п}$  - нормативные затраты на приобретение продуктов питания.

Норматив затрат на одну единицу услуги (работы) на соответствующий финансовый год в разрезе косвенных расходов рассчитывается как отношение суммарного объема расчетно-нормативных затрат, необходимых для оказания услуг, к общему количеству услуг.

При оказании (выполнении) одним учреждением несколько видов государственных услуг (работ), включаемым в государственное задание, расходы между ними делятся пропорционально оплате труда.

Нормативные затраты бюджета субъекта Федерации на содержание учреждения

определяются по формуле:

$$C_{и} = C_{ку} + C_{нал} ,$$

где:  $C_{ку}$  - нормативные затраты на коммунальные услуги рассчитываются по формуле:

$$C_{ку} = \sum T_i \times V_i \times 0.2 ,$$

где:  $T_i$  - тариф на потребление  $i$ -го вида коммунальных услуг на соответствующий год;

$V_i$  - объем потребления  $i$ -го вида коммунальных услуг в соответствующем финансовом году;

$C_{нал}$  - нормативные затраты на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается недвижимое и особо ценное движимое имущество, закрепленное за учреждением или приобретенное учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, в том числе земельные участки.

Государственное задание (ГЗ) должно содержать: показатели, характеризующие состав, качество и (или) объем (содержание) оказываемых государственных услуг; порядок контроля за исполнением ГЗ, в том числе условия и порядок его досрочного прекращения; требования к отчетности об исполнении ГЗ; определение категорий физических и (или) юридических лиц, являющихся потребителями соответствующих услуг; порядок оказания услуг; предельные цены (тарифы) на оплату услуг [12].

Таким образом, финансирование в виде субсидий предусматривается на возмещение нормативных затрат, связанных с выполнением госзадания, и, следовательно, уменьшение объема субсидий в течение срока его выполнения невозможно без соответствующего уменьшения самого госзадания.

Как, известно, в соответствии с определениями Бюджетного Кодекса РФ государственное задание - это документ, устанавливающий требования к составу, качеству и (или) объему (содержанию), условиям, порядку и результатам оказания государственных услуг (выполнения работ); субсидия - это сумма средств в денежной либо натуральной форме, которая выделяется из бюджетов, либо из специальных фондов для поддержания некой деятельности, доходы от которой на данный момент не покрывают нормативного размера расходов. Субсидии всегда: имеет целевой характер; даётся только под определённую задачу; производится на возвратной или на безвозвратной основе; предоставляется на определённых условиях либо безвозмездно.

Выделяют адресные субсидии - прямые, а также с помощью налоговых либо иных

льгот - косвенные субсидии.

На рисунке изображена компетенция согласования и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности автономного учреждения (рис. 3).



Рис. 3. Компетенция согласования и утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности автономного учреждения

На этапе формирования проекта бюджета на очередной финансовый год составляется проект Плана, на основании представленной учредителем информации о планируемых объемах: субсидий на выполнение госзадания; целевых субсидий; бюджетных инвестиций; публичных обязательств перед физическим лицом, подлежащих исполнению в денежной форме, полномочия по исполнению которых от имени органа исполнительной власти (органа местного самоуправления) передаются в установленном порядке учреждению. После утверждения закона (решения) о бюджете проект Плана уточняется.

В соответствии с ФЗ № 326 от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: Финансирование объемов помощи в рамках базовой программы ОМС осуществляется на основе субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой ОМС устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. В базовой программе ОМС устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС.

Как известно, к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере ОМС относятся:

- 1) уплата страховых взносов на ОМС неработающего населения;
- 2) установление в территориальных программах ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС;
- 3) финансовое обеспечение и реализация территориальных программ ОМС в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов.

Средства из бюджета Федерального фонда на финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы предоставляются в виде дотаций в объеме, установленном федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.

Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте Федерации значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Таким образом, в настоящее время осуществляется одноканальная система финансирования отрасли через институты ОМС путем расширения программы ОМС до программы госгарантий, финансирования страховщиков по подушевым нормативам финансирования и оплаты согласованных объемов медицинской помощи по полному тарифу, формируемому нормативным методом на основе обоснованных территориальных нормативов финансовых затрат на единицу вида медицинской помощи. Страховщиком по ОМС является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы ОМС. Страховая медицинская организация (СМО) осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с законом и договором о финансовом обеспечении ОМС, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией. Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в СМО, являются средствами целевого финансирования. Обращение СМО за предоставлением целевых средств сверх установленного объема средств на оплату медицинской помощи для данной СМО из нормированного страхового запаса территориального фонда рассматривается



территориальным фондом одновременно с отчетом страховой медицинской организации об использовании целевых средств. В случае выявления нарушений договорных обязательств территориальный фонд при возмещении СМО затрат на оплату медицинской помощи уменьшает платежи на сумму выявленных нарушений или неисполненных договорных обязательств.

#### Список литературы

1. Абдусаламова М.М. Повышение качества жизни населения в условиях развития социальной инфраструктуры в регионе (СКФО) // Научное обозрение. Серия 1: Экономика и право. - 2012. - №1. - С. 251-254.
2. Акишкин В.Г. Организация финансовой системы здравоохранения. теория и практика: монография / В. Г. Акишкин [и др.] ; [гл. ред. О. В. Никонова]. Волгоград, 2010.
3. Акишкин В.Г., Гамзатова А.Г. Модернизации финансового обеспечения здравоохранения в рамках проекта «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года» // Научное обозрение. Серия 1: Экономика и право. 2012. №6. С. 36-39.
4. Бабаева З.Ш. Как преодолеть последствия финансового кризиса.// Вопросы экономических наук. 2010. № 6. С. 42.
5. Кадыров Ф.Н. Проблемы взаимоотношений бюджетных и частных медицинских учреждений / Ф.Н.Кадыров // Здравоохранение. 2004. - № 2. -С. 29-38.
6. Катанова Е.Г. Основные этапы развития системы финансирования здравоохранения в России // Экономика и предпринимательство. - 2008. - №2. - С. 5-8.
7. Квятковский И.Е. Особенности формирования финансового механизма регулирования сферы здравоохранения // Сегодня и завтра Российской экономики. - 2012. - №56. - С. 141-143.
8. Кузьмин А.Г. Организационно-экономический механизм деятельности бюджетных и автономных учреждений здравоохранения. - Вологда, 2012г. – Вологодский государственный технический университет.
9. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи / Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. - М.: Медицина, 2002.
10. Миляков Н.В. Финансы: Учебник. - 2\_е изд. - М.: ИНФРА\_М, 2004. – 543 с. - (Высшее образование).
11. Набиев Р.А., Арыкбаев Р.К. Повышение эффективности бюджетных расходов системы государственных заказов и закупок [текст] / Набиев Р.А., Арыкбаев Р.К. // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. - 2008. - №15. - С. 18-21.
12. Финансовая политика России: учебное пособие для студентов, обучающихся по

специальности "Финансы и кредит" / [Р. А. Набиев и др.] ; под ред. Р. А. Набиева, Г. А. Тактарова. Москва, 2007.

13. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения.- М.: Издатцентр, 1998. 336 с.

14. Шахбанов Р.Б., Алиев А.М.Р. Теория и практика налогообложения и финансового права. //Налоги и финансовое право. 2011. № 2. С. 153-157.