

А.Н. Аксютенко*

ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК ВАРИАНТ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Совершенствование системы финансирования здравоохранения является ключевым звеном реформирования отрасли и важнейшим фактором улучшения медицинского обслуживания населения [6]. Речь идет не только о необходимости увеличения объема выделяемых ассигнований, но и о финансовом механизме их эффективного использования.

Финансовая система здравоохранения представляет собой совокупность форм и методов формирования, распределения и использования денежных средств в области охраны здоровья населения [8].

Система финансирования здравоохранения должна обеспечивать в первую очередь социальную справедливость путем выравнивания доступа граждан к получению качественной медицинской помощи вне зависимости от места их проживания, что достигается повышением ответственности органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) за рациональное использование финансовых средств и обеспечением единства государственной и муниципальной систем здравоохранения на основе единых подходов к формированию, распределению и использованию финансовых средств.

В настоящее время основные источники финансирования здравоохранения - федеральный бюджет, бюджеты субъектов Российской Федерации (РФ), местные бюджеты и средства обязательного медицинского страхования (ОМС). В качестве дополнительных источников выступают средства граждан в виде добровольного медицинского страхования и платных услуг. Однако доля этих поступлений в структуре финансирования здравоохранения незначительна [4].

Бюджетная система РФ состоит из бюджетов трех уровней:

- первый уровень - федеральный бюджет и бюджеты государственных внебюджетных фондов;
- второй уровень - бюджеты субъектов РФ и бюджеты территориальных государственных внебюджетных фондов;
- третий уровень - местные бюджеты [8].

Бюджеты здравоохранения на всех уровнях формируются с учетом необходимости достижения минимальных государственных социальных стандартов в области охраны здоровья населения, представленных в Программе государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью, на основе нормативов финансовых затрат на предоставление государственных или муниципальных медицинских услуг, а также в соответствии с другими нормами, установленными законодательством РФ, субъектов РФ, правовыми актами органов местного самоуправления [3].

В Программе госгарантий выделены виды медицинской помощи, предоставляемой населению за счет бюджетов всех уровней:

- а) федерального бюджета - медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, в том числе дорогостоящие виды медицинской помощи, перечень которых утверждается Министерством здравоохранения и социального развития РФ;
- б) бюджетов субъектов РФ и муниципальных образований - скорая медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь.

За счет средств бюджетов всех уровней осуществляются льготное лекарственное обеспечение и протезирование, а также финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, хосписами, больницами сестринского ухода, лепрозориями, трахоматозными диспансерами, центрами по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, отделениями и центрами профпатологии, детскими и специализированными санаториями, домами ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями, отделениями, кабинетами переливания крови, санитарной авиацией.

Федеральный бюджет и бюджет федерального фонда ОМС разрабатываются и утверждаются в форме федеральных законов, бюджеты субъектов РФ и бюджеты территориальных фондов ОМС - в форме законов субъектов РФ, местные бюджеты - в форме правовых актов представительных органов местного самоуправ-

* © А.Н. Аксютенко, Красноярская государственная медицинская академия, 2006.

ления либо в порядке, установленном уставами муниципальных образований. Годовой бюджет составляется на один финансовый год, который соответствует календарному году и длится с 1 января по 31 декабря.

В соответствии со статьей 161 Бюджетного кодекса РФ ЛПУ, созданные органами государственной власти и местного самоуправления для осуществления функций некоммерческого характера, финансируемые из соответствующего бюджета и фонда ОМС, относятся к бюджетным организациям. На основе прогнозируемых объемов предоставления медицинских услуг и установленных нормативов финансовых затрат на их предоставление, а также с учетом исполнения сметы доходов и расходов отчетного периода ЛПУ составляет и представляет бюджетную заявку на очередной финансовый год, которая подается на утверждение вышестоящему распорядителю бюджетных средств.

В смете доходов и расходов ЛПУ должны быть отражены все доходы, получаемые как из двух основных источников финансирования бюджет и ФОМС, так и от осуществления предпринимательской деятельности.

Предоставление бюджетных средств на здравоохранение осуществляется в следующих формах:

- ассигнования на содержание ЛПУ;
- трансферты населению для финансирования льготного лекарственного обеспечения, протезирования, других социальных выплат и компенсаций в области охраны здоровья населения, установленных законодательством РФ, законодательством субъектов РФ, правовыми актами органов местного самоуправления;
- платежи на ОМС неработающего населения.

За последние 2-3 года наибольший удельный вес в финансировании здравоохранения занимают средства ФОМС. В соответствии с Федеральным законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (Закон РСФСР № 1499-1 от 28.06.91, Закон РФ № 4741-1 от 02.04.93), медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий. ОМС является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

Базовую программу ОМС разрабатывает Минздрав России совместно с Федеральным фондом ОМС и утверждает Правительство РФ. На основе базовой программы органы государственного управления субъектов РФ утверждают территориальные программы ОМС. Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе.

Для реализации единой государственной политики в области ОМС созданы Федеральный и территориальные фонды ОМС как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

Фонды ОМС предназначены для аккумулирования финансовых средств ОМС, обеспечения финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение.

Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ, но не входят в состав бюджетов.

Таким образом, государственные Федеральный и территориальные фонды ОМС представлены фондом денежных средств, образованным вне федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ и предназначенным для реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь в рамках утверждаемых федеральной и территориальных программ ОМС. Расходы и доходы государственно-внебюджетного фонда формируются в порядке, установленном действующим законодательством.

Проекты бюджетов фондов ОМС составляются органами управления указанных фондов и представляются органами исполнительной власти на рассмотрение законодательных (представительных) органов в составе документов и материалов, представляемых одновременно с проектами соответствующих бюджетов на очередной финансовый год.

Бюджеты фондов ОМС рассматриваются и утверждаются законодательными (представительными) органами власти в форме федеральных законов и законов субъектов РФ, как правило, одновременно с принятием федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на очередной финансовый год [1].

В связи с введением в действие части второй Налогового кодекса изменился порядок финансового взаимодействия и расходования средств в системе ОМС.

Финансовые средства Федерального фонда ОМС образуются за счет:

- части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством РФ;
- части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;
- иных поступлений, предусмотренных законодательством РФ.

Финансовые средства территориальных фондов ОМС образуются за счет:

- части единого социального налога по ставкам, установленным законодательством РФ;
- части единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности в установленном законодательством размере;

- страховых взносов на ОМС неработающего населения, уплачиваемых органами исполнительной власти субъектов РФ, местного самоуправления с учетом территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение.

В настоящее время в едином социальном налоге платежи в федеральный фонд ОМС составляют 0,2% и в территориальные фонды ОМС 2,9% от фонда оплаты труда, декларируемого работодателем.

Расходование средств Федерального и территориальных фондов ОМС осуществляется в соответствии с их бюджетами, утвержденными соответственно, федеральным законом и законами субъектов РФ.

Органы исполнительной власти субъектов РФ и местного самоуправления перечисляют средства на ОМС неработающего населения в объемах, гарантирующих предоставление медицинских услуг указанной категории граждан в рамках территориальной программы ОМС, являющейся составной частью Программы.

Территориальные фонды ОМС осуществляют:

- финансирование страховых медицинских организаций (СМО) по дифференцированным среднемушевым нормативам для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- финансирование мероприятий по здравоохранению в рамках региональных целевых программ;
- формирование нормированного страхового запаса, предназначенного для обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС на территории субъекта РФ;
- формирование средств, предназначенных на обеспечение им управленческих функций по нормативу, устанавливаемому исполнительным директором по согласованию с правлением территориального фонда в процентах к размеру всех поступивших средств.

Важным дополнительным источником финансирования для учреждений здравоохранения является оказание платных медицинских услуг и услуг немедицинского характера, что, безусловно, влияет на конечный результат финансово-экономической деятельности лечебных учреждений. Полученные доходы позволяют решать многие задачи, в первую очередь – расширение перечня оказываемых услуг и объема медицинской помощи населению. Немаловажно и то, что только доход от платных услуг позволяет обеспечить экономическую эффективность ЛПУ через возможность повышения абсолютных показателей экономических результатов деятельности. По статистике сектор платных услуг не превышает 10 % от общего бюджета здравоохранения. Практика показывает, что если у лечебного учреждения и есть возможность оказать медицинские услуги сверх госзаказа и тем самым заработать дополнительные средства, то нет условий, чтобы реализовать эту возможность в полной мере.

На территории Красноярского края медицинскую помощь оказывают 742 учреждения, организаций, предприятий, имеющих лицензии на предоставление медицинских услуг. Из них 360 государственных учреждений и 382 учреждения негосударственного вида собственности.

По формам собственности учреждения, оказывающие платные медицинские услуги, распределились следующим образом:

Форма собственности	Количество учреждений
Федеральная (ведомственные)	24
Краевые	25
Муниципальные	149
Прочие: образования – 38 социальной защиты – 31 предприятий – 63 санаторно-курортной помощи – 30	162
Акционерные, ИЧП	142
Физические лица	240

В Красноярском крае общий объем финансирования здравоохранения в 2005 году составил 13 625 млн рублей, доля платных услуг в общем объеме финансирования - 698,5 млн рублей или 5,1 % от общего объема финансирования.

Структура источников финансирования сферы здравоохранения Красноярского края в 2005 году (млн руб.) такова, как показана на рис. 1.

В 2005 году по сравнению с 2002 годом объем финансирования здравоохранения увеличился на 6 309,3 млн рублей (в 2,2 раза). Из них по средствам, полученным от оказания платных медицинских услуг, - в 1,6 раза.

Приведенные данные характеризуют стабильную тенденцию к росту негосударственного сектора на рынке медицинских услуг Красноярского края.

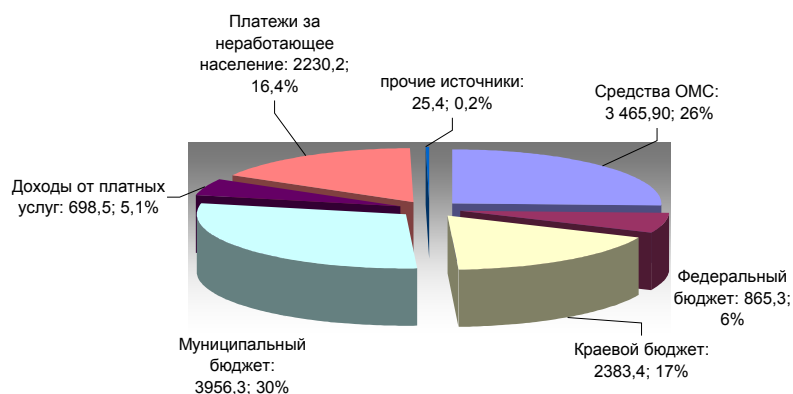


Рис. 1

Соотношение платных, государственных и муниципальных медицинских услуг в общем объеме в динамике выглядит следующим образом (рис. 2).

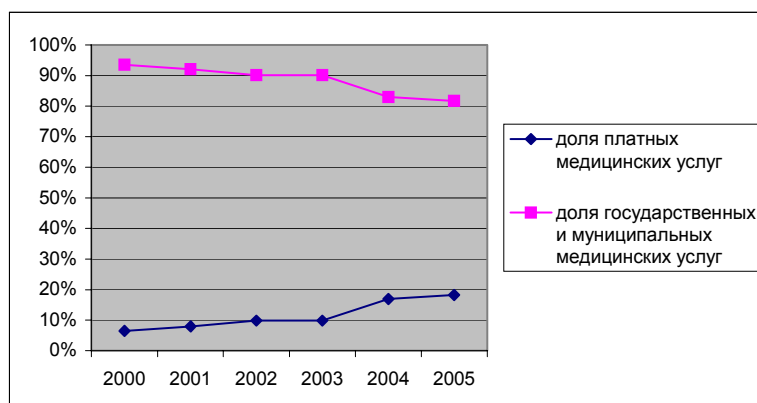


Рис. 2

По мере роста доходов населения края и спроса темпы роста платных медицинских услуг прогнозируются в 32-35 % ежегодно.

Однако в здравоохранении, как и в любой другой области экономики России, часть деятельности носит так называемый теневой характер. Речь идёт о деятельности, которая не фиксируется в финансовых отчётах и доходы от неё не облагаются налогами. Её реальные масштабы характеризуются, в основном, косвенными показателями. Поэтому обычно оценки денежного оборота в теневой деятельности часто расходятся и вызывают споры. Проведенные в 1998 году Институтом социальных исследований расчеты показывают следующие данные объёма теневого рынка: сумма теневого рынка в здравоохранении в расчёте на всё население России составила в течение 1998 года примерно 11,6 млрд руб. (0,43 % ВВП), в том числе на теньевую оплату медицинской помощи пришлось 8,8 млрд руб., теньевая оплата лекарств, приобретённых в розничной продаже, составила 2,8 млрд руб.[5]. Невозможно получить исчерпывающие данные, характеризующие этот рынок. Теньевые финансовые потоки “не прозрачны”, скрыты, не облагаются налогами. Причём гражданам приходится переплачивать, создавая двойное или даже тройное финансирование лечебно-диагностической помощи (личные средства граждан + средства федерального бюджета + средства ОМС). [9]

Между тем, легализация соучастия населения в оплате медицинской помощи упорядочила бы финансовые потоки, существенно сократила бы дефицит финансовых средств в здравоохранении и значительно снизила бы теньевую оплату медицинской помощи.

В этих условиях важно обеспечить расширение спроса и соответствующий рост предложения легализованных платных медицинских услуг населению края и развитие инфраструктуры их предоставления. Необходимо привлечение в эту сферу инвестиций для повышения технического и технологического уровня медицинских услуг, для чего требуется обеспечить приток капитала в эту отрасль. Основным камнем преткновения легализации доходов от оказания платных медицинских услуг является налоговое законодательство в части уплаты налога на прибыль.

Коррекция налогового законодательства по определению налогооблагаемой базы при получении дохода от платных медицинских услуг населению должна учитывать, что здоровье граждан - это уровень количества трудовых ресурсов государства, не менее важных, чем нефть или газ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алонов С.Г. Вопросы экономики при переходе к системе медицинского страхования / С.Г. Алонов, Б.А. Павлов, В.П. Рубан // Научные достижения в практическую работу. - М., 1992. - Вып.6.- С.21-28.
2. Гловченко В.Ф. Платные медицинские услуги. Нормативные документы, используемые бюджетными учреждениями при определении налогооблагаемой базы / В.Ф. Гловченко // Здоровоохранение. - 2002. - № 10. - С. 171-173.
3. Григорьев Ф.Г. Актуальные вопросы функционирования здравоохранения в условиях рынка / Ф.Г. Григорьев // Здоровоохранение Рос. Федерации. - 1993.-№ 6.-С.6-7.
4. Дегтярёв Г.П. Основные механизмы финансирования здравоохранения. Законодательство об основных источниках финансирования / Г.П. Дегтярёв // Здоровоохранение. - 2001. -№ 4. -С. 7-26.
5. Кадыров Ф.Н. Теневая оплата медицинских услуг в здравоохранении: причины и последствия, методы противодействия / Ф.Н. Кадыров // Экономика здравоохранения, - 2002. - №8/66. - С.18-26.
6. Корчагин В.П. Финансовое обеспечение здравоохранения / В.П. Корчагин. - М., 2002. - 272 с.
7. Кузин В.Ф. Некоторые аспекты совершенствования организации платных медицинских услуг населению / В.Ф. Кузин // Здоровоохранение. - 2000. - № 4. - С. 36 - 45.
8. Шамшурина Н.Г. Система финансирования здравоохранения в РФ / Н.Г. Шамшурина // Главная медицинская сестра. - 2000.- №1- С. 56-66.
9. Швырков Г.Ю. Рынок платных медицинских услуг и теневая медицина / Г.Ю. Швырков, В.И. Четокин // Здоровоохранение РФ. - 2001. - №10. - С. 9-11.