

**ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ
ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА**

НАУЧНЫЕ ТРУДЫ

№ 29Р

**С.В.Шишкин, Е.Г.Потапчик,
С.К.Салахутдинова**

**Бюджетное финансирование
федеральных учреждений
здравоохранения**

**Москва
2001**

Институт экономики переходного периода

В работе впервые проанализирована структура доходов и расходов федеральных учреждений здравоохранения различной ведомственной принадлежности, в частности, федеральных клиник, подведомственных Министерству здравоохранения России. Обсуждаются возможности использования существующей системы статистической и финансовой отчетности для количественного оценивания эффективности бюджетного финансирования федеральных учреждений здравоохранения. Предметом подробного анализа являются институциональные характеристики механизма финансирования федеральных клиник, в том числе предпринятые в последнее время попытки его изменения. Показано, что применяемый механизм обеспечивает многослойное финансирование деятельности федеральных клиник, воспроизводит затратный тип хозяйствования и не совместим с требованиями эффективного использования ресурсов. Предложены рекомендации по изменению порядка бюджетного финансирования клинической деятельности федеральных учреждений здравоохранения.

Выпускающий редактор: И.Устинова
Компьютерный дизайн: А. Астахов

Настоящее издание подготовлено по материалам исследовательского Проекта Института экономики переходного периода, выполненного в рамках гранта, предоставленного Агентством международного развития США

ISBN 5-93255-005-8

Лицензия на издательскую деятельность № ЛР 021018 от 09 ноября 1995 г.
103918, Москва, Газетный пер., 5
Тел. (095) 229-6413, FAX (095) 203-8816
E-MAIL – root @iet.ru, **WEB Site** – <http://www.iet.ru>

© **Институт экономики переходного периода 2001.**

Содержание

Введение	5
§1. Характеристика существующей сети федеральных учреждений здравоохранения.....	7
§2. Финансирование федеральных учреждений здравоохранения	10
2.1. Расходы федерального бюджета на здравоохранение.....	10
2.2. Бюджетные и внебюджетные источники финансирования федеральных учреждений здравоохранения.....	13
2.3. Финансирование федеральных клиник.....	15
§3. Возможности анализа эффективности бюджетного финансирования	19
§4. Механизм финансирования федеральных клиник.....	22
§5. Изменения в механизме финансирования, предложенные Минздравом России.....	31
Заключение. Рекомендации для государственной политики...	35
Список литературы	42

Введение

Программа социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу (*Правительство РФ, 2000*) предусматривает реформирование системы финансирования здравоохранения. Важными компонентами намечаемых преобразований должны стать изменения в механизмах использования средств, выделяемых на цели здравоохранения из федерального бюджета. Основная их часть расходуется на финансирование учреждений здравоохранения, находящихся в федеральной собственности.

Обеспечение этих учреждений материальными и кадровыми ресурсами, их клиническая деятельность, организация потоков пациентов явились предметом комплексного исследования, выполненного в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко (*Вялков и др., 2000*). Однако до сих пор исследователям были недоступны данные о структуре финансирования, доходов и расходов федеральных учреждений различных видов и различной ведомственной принадлежности. Механизм финансирования федеральных учреждений здравоохранения рассматривался в целом ряде исследований и публикаций (*Большакова, 2001; Вялков, 2001; Кузнецов, 2001; Хальфин, 2001; Царегородцев, 2001; Шейман, 1999; Шишкин, 2001; и др.*). Они содержат убедительную критику существующего сметного порядка бюджетного финансирования федеральных учреждений здравоохранения и обоснование необходимости перехода к финансированию, увязанному с результирующими показателями работы, и в частности к финансированию за пролеченных больных. Но эти работы недостаточно подкреплены количественным анализом формирования и использования финансовых средств федеральными учреждениями здравоохранения. В последние два года Министерство здравоохранения Российской Федерации предприняло некоторые шаги, направленные на изменение существующего порядка финансирования. Эти нововведения еще не стали предметом научного анализа.

Сказанное выше определяет очевидную *актуальность и научную значимость* анализа эффективности финансирования федеральных учреждений здравоохранения.

Задачами данного исследования являются:

1. Анализ расходов федерального бюджета и иных источников финансирования федеральных учреждений здравоохранения различных видов и различной ведомственной принадлежности.

2. Изучение возможностей количественного оценивания эффективности бюджетного финансирования федеральных учреждений здравоохранения.
3. Институциональный анализ порядка бюджетного финансирования деятельности федеральных учреждений здравоохранения, действующего в последние два года, и результативности имевших место попыток его изменения.
4. Разработка рекомендаций по повышению эффективности использования средств федерального бюджета для финансирования федеральных учреждений здравоохранения.

Методология исследования включает использование методов анализа статистических данных, методов экономической оценки экономической эффективности государственных расходов, методов экономико-правового анализа и анализа политических решений.

Источниками для исследования послужили отчеты, представляемые федеральными ведомствами в Министерство финансов России, и данные, представляемые Министерству здравоохранения России подведомственными ему учреждениями здравоохранения, нормативные документы в области документы, регулирующие финансирование деятельности федеральных учреждений здравоохранения, научные публикации в области экономики здравоохранения и др.

Авторы работы выражают глубокую благодарность Т.С. Большаковой, О.Г. Соловьевой, Р.А. Хальфину, А. Шадрину за помощь в проведении данного исследования.

§1. Характеристика существующей сети федеральных учреждений здравоохранения

В российской системе здравоохранения часть ее учреждений является федеральными учреждениями. Это учреждения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья, имущество которых находится в федеральной собственности, а сами учреждения административно подчинены определенному федеральному ведомству. Их деятельность финансируется из федерального бюджета.

К началу 2000 года общее количество учреждений здравоохранения федерального подчинения достигло 3556 (в среднегодовом исчислении). К числу таких учреждений относятся 15% всех амбулаторных учреждений и 6% стационарных учреждений. В федеральных учреждениях здравоохранения занято 10% медицинских работников. Из общего объема медицинских услуг, оказанных в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, на долю федеральных учреждений приходится:

- около 9% стационарных услуг, измеряемых количеством проведенных всеми больными койко-дней,
- около 6% амбулаторно-поликлинических услуг, измеряемых количеством врачебных посещений.

Учреждения здравоохранения федерального подчинения можно разделить на две группы:

1) учреждения здравоохранения, административно подчиненные Министерству здравоохранения Российской Федерации (Минздрав) и Российской академии медицинских наук (РАМН); их финансирование осуществляется Минздравом и в этом смысле их, в соответствии с Бюджетным кодексом, следует квалифицировать как подведомственные Минздраву;

2) учреждения здравоохранения, подведомственные иным, помимо Минздрава РФ и РАМН, федеральным министерствам и организациям. Эти учреждения призваны оказывать медицинскую помощь работникам соответствующих организаций и членам их семей.

Общее количество учреждений, подведомственных Минздраву, составило 2545 на начало 2000 г. в том числе:

– клиники –	263
– поликлиники –	63
– станции переливания крови –	1
– санатории туберкулезные –	15

- санатории для детей и подростков –35
 - дезинфекционные станции –49
 - центры санитарно-эпидемиологического надзора – ...2104
 - централизованные бухгалтерии –8
 - прочие учреждения здравоохранения –.....7
- Количество других федеральных ведомств, имеющих собственные учреждения здравоохранения, составляет 17:

1. Управление делами Президента, включая медицинский центр
2. Министерство иностранных дел
3. Министерство путей сообщения
4. Минтопэнерго
5. Министерство торговли
6. Минтрансспорта
7. Министерства труда
8. Министерство финансов
9. Министерство экономики
10. Госналогслужба
11. Федеральная авиационная служба
12. Российское авиационно-космическое агентство
13. Федеральное управление медико-биологических и экстремальных проблем при Минздраве РФ
14. Управление делами Российской академии наук
15. Дальневосточное отделение Российской академии наук
16. Сибирское отделение Российской академии наук
17. Уральское отделение Российской академии наук

Самыми крупными «владельцами» ведомственных учреждений здравоохранения являются:

- Министерство путей сообщения — 782 учреждения здравоохранения;
- Управление делами Президента, включая медицинский центр — 56 учреждений;
- Российская академия наук (включая медицинский центр УД РАН, Сибирское, Уральское и Дальневосточное отделения РАН) — 36 учреждений здравоохранения.

Ядро учреждений здравоохранения первой группы составляют специализированные клиники, находящиеся в административном подчинении Минздрава и РАМН, и клиники научно-исследовательских институтов и высших медицинских учебных заведений. В дальнейшем изложении мы будем называть эти учреждения *федеральными клиниками Минздрава и*

РАМН или просто *федеральными клиниками (ФК)*. Они имеют своим предназначением оказание специализированной медицинской помощи, основанной на применении новых медицинских технологий. К оказываемой ими медицинской помощи применяют понятие высокотехнологичной медицинской помощи.

Финансирование именно этой совокупности учреждений является предметом настоящего исследования.

В 2000 г. насчитывалось 263 федеральные клиники Минздрава и РАМН, в которых имелось 61,5 тысяч коек, что составляет 3,9% коечного фонда страны. По данным за 1999 г., в этих клиниках было пролечено 2,8% от общего числа госпитализированных в стационарных медицинских учреждениях (Таблица. 1). ФК оказали около 1,2% общего объема амбулаторно-поликлинических услуг, измеряемого количеством врачебных посещений, и 3,5% общего объема стационарных услуг, измеряемого количеством проведенных всеми больными койко-дней.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

	1998	1999	2000
<i>Число коек, тыс.</i>			
РФ – всего*	1618,7	1575,1	1570,7
Федеральные клиники**	61,5	61,2	61,5
<i>Число пролеченных больных</i>			
РФ – всего*	30216,2	30441,3	31742,4
Федеральные клиники**	807,0	853,7	904,0
<i>Средняя занятость койки в году, дней</i>			
РФ – всего*	306	307	313
Федеральные клиники**	263	272	280

* Данные отраслевой статистической отчетности Минздрава РФ (форма № 47).

** Данные по федеральным учреждениям здравоохранения, подведомственным Минздраву РФ.

Источник: Минздрав РФ

§2. Финансирование федеральных учреждений здравоохранения

2.1. Расходы федерального бюджета на здравоохранение

Расходы на здравоохранение в функциональной классификации расходов федерального бюджета отражаются в разделе 1700 — «Здравоохранение и физическая культура». По данным 2000 г., расходы федерального бюджета на здравоохранение и физическую культуру составили 16880 млн. руб., или 0,2% ВВП. На долю федерального бюджета в 2000 г. пришлось 8,3% расходов государства на здравоохранение и физическую культуру, которые складываются из ассигнований из бюджетов всех уровней и взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения (табл. 2 и 3).

ТАБЛИЦА 2. ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, 1998—2000 ГГ., МЛРД. РУБ.

	1998	1999	2000
Федеральный бюджет*	5,7	10,1	16,9
Бюджеты субъектов РФ*	58,7	92,9	135,6
Взносы работодателей на ОМС	20,0	33,1	52,0
Всего	84,4	136,1	204,5

* расходы на здравоохранение и физическую культуру

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 2000, с. 187; Госкомстат России. Сведения о поступлении и расходовании средств государственных внебюджетных и целевых бюджетных фондов за январь-декабрь 1999 года. М., 2000, сс. 14-16; Главное управление федерального казначейства. Отчет об исполнении бюджетов в Российской Федерации на 1 января 2000 года, с. 3; Главное управление федерального казначейства. Отчет об исполнении бюджетов в Российской Федерации на 1 января 2001 года, с. 3; данные Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

ТАБЛИЦА 3. ГОСУДАРСТВЕННОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, 1998-2000 ГГ., % ВВП

	1998	1999	2000
Федеральный бюджет*	0,2	0,2	0,2
Бюджеты субъектов РФ*	2,2	2,0	2,0
Взносы работодателей на ОМС	0,7	0,7	0,7
Всего	3,1	3,0	2,9

* расходы на здравоохранение и физическую культуру

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1999, с. 194; Социальное положение и уровень жизни населения России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 2000, с. 187; Госкомстат России. Сведения о поступлении и расходовании средств государственных внебюджетных и целевых бюджетных фондов за январь-декабрь 1999 года. М., 2000, сс. 14-16; Главное управление федерального казначейства. Отчет об исполнении бюджетов в Российской Федерации на 1 января 2000 года, с. 3; Главное управление федерального казначейства. Отчет об исполнении бюджетов в Российской Федерации на 1 января 2001 года, с. 3; данные Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

В нашем анализе мы будем опираться главным образом на данные за 1999 год, так как подробные данные о расходах на здравоохранение из федерального бюджета в 2000 г. не были доступны в период выполнения данного исследования.

Расходы федерального бюджета на здравоохранение и физическую культуру составили в 1999 г. 10141 млн. руб., или 0,2% ВВП, в том числе расходы на здравоохранение – 9765 млн. руб., расходы на физическую культуру – 376 млн. руб.. Структура расходов федерального бюджета на здравоохранение по бюджетополучателям представлена в таблице 4. Основным получателем этих средств является Минздрав. В его распоряжение поступает 80% ассигнований из федерального бюджета на здравоохранение. Минздрав получает средства из федерального бюджета также и по другим разделам функциональной классификации (табл. 5), в частности по разделам: 1400 – образование; 0602 — разработка перспективных технологий и приоритетных направлений научно-технического прогресса. Средства, выделяемые по двум указанным разделам, направляются на финансирование соответственно образовательной и научной деятельности федеральных учреждений здравоохранения.

ТАБЛИЦА 4. РАСХОДЫ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ*, 1999 Г.

Бюджетополучатели	Тыс. руб.	%
Минздрав	7772475,0	79,59
УД Президента	532799,0	5,46
Министерство иностранных дел	5077,2	0,05
Министерство путей сообщения	839232,8	8,59
Минтопэнерго	1847,0	0,02
Минторг	1161,0	0,01
Минтранспорта	3427,5	0,04
Минтруд	69324,9	0,71
Министерство финансов	1625,1	0,02
Минэкономики	7340,0	0,08
Госналогслужба	904,0	0,01
Рос. Авиационное космическое агентство	253,8	0,00
Медбиоэкстрем	416154,5	4,26
Федеральная авиационная служба	17885,7	0,18
Российская академия наук	62466,0	0,64
Отделения Российской академии наук	33300,1	0,34
<i>Всего</i>	<i>9765273,6</i>	<i>100</i>

* Расходы по разделам 1701 – здравоохранение и 1702 – санитарно-эпидемиологический надзор

Источник: Минфин России

ТАБЛИЦА 5. ФИНАНСИРОВАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА, 1999 Г.

Направления финансирования	Тыс. руб.	%
Финансирование из федерального бюджета, всего	9280120	100
в том числе		
Раздел 1700 – здравоохранение и физическая культура	7772475	83,8
Раздел 1400 Образование	1181532	12,7
Раздел 0602 Разработка перспективных технологий и приоритетных направлений научно-технического прогресса	208107	2,2
Раздел 0707 Капитальные расходы	67100	0,7
Другие разделы (2300, 3001, 1301)	50906	0,5

Источник: Минфин России

За счет бюджетных ассигнований, выделяемых Минздраву по разделу 1700 — «Здравоохранение и физическая культура» функциональной клас-

сификации бюджетных расходов, производится финансирование деятельности федеральных клиник, других учреждений здравоохранения (в том числе учреждений санэпиднадзора), а также целевых программ. Структура распределения ассигнований по этим направлениям представлена в таблице 6.

ТАБЛИЦА 6. ФИНАНСИРОВАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ ПО РАЗДЕЛУ 1700 – ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, 1999 г.

Направления финансирования	Тыс. руб.	%
Раздел 1700 – здравоохранение и физическая культура	7772475	100
Раздел 1701 – здравоохранение	6464930	83,2
в том числе		
Клиники	2879018	37,0
Дорогостоящие виды мед.помощи	1169389	15,0
Поликлиники	90756	1,2
Станции переливания крови	7124	0,1
Санатории туберкулезные	102964	1,3
Санатории для детей и подростков	236228	3,0
Прочие учреждения и мероприятия	42232	0,5
Федеральные целевые программы	1937219	24,9
Раздел 1702 – санитарно-эпидемиологический надзор	1307545	16,8
Клиники	24423	0,3
Поликлиники	4873	0,1
Дезинфекционные станции	22436	0,3
Прочие учреждения и мероприятия	4580	0,1
Центры санэпиднадзора	1200095	15,4
Мероприятия по борьбе с эпидемиями (312)	16779	0,2
Федеральные целевые программы	34359	0,4

Источник: Минфин России

2.2. Бюджетные и внебюджетные источники финансирования федеральных учреждений здравоохранения

Ассигнования из федерального бюджета являются основным, но не единственным источником финансирования деятельности федеральных учреждений здравоохранения. Они получают также средства из системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и из других внебюджетных источников (доходы от реализации платных медицинских услуг, путевок на лечение в санаторно-курортных учреждениях, платного обучения,

платы за проведение обязательных профессиональных осмотров и др.). В таблице 7 представлены данные о соотношении бюджетных ассигнований федеральным ведомствам на здравоохранение и иных источников финансирования подведомственных им учреждений здравоохранения. Бюджетные ассигнования на здравоохранение составили лишь 43% от суммы совокупных поступлений в систему федеральных учреждений здравоохранения. Доля внебюджетных источников средств сильно колеблется для разных ведомственных систем учреждений здравоохранения: от 35% (отделения Российской академии наук) 98% (Российское Авиационное космическое агентство). Для федеральных учреждений Минздрава России этот показатель составляет 39,2%, в том числе на поступления средств ОМС приходится 2,8% (Таблица 8).

ТАБЛИЦА 7. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ВЕДОМСТВЕННЫХ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, 1999 Г.

Бюджетополучатели	Расходы федерального бюджета по разделу 1700, тыс.руб.	Внебюджетные источники финансирования, тыс.руб.	Доля внебюджетных источников в общей сумме финансирования, %
Минздрав	7772475,0	5138780,0	39,8
УД Президента	532799,0	1801627,0	77,2
Министерство иностранных дел	5077,2	60884,0	92,3
Министерство путей сообщения	839232,8	4666268,0	84,8
Минтопэнерго	1847,0	4494,0	70,9
Минторг	1161,0	21201,0	94,8
Минтруд	69324,9	116435,0	62,7
Министерство финансов	1625,1	15757,0	90,7
Минэкономики	7340,0	106114,0	93,5
Госналогслужба	904,0	19801,0	95,6
Рос. Авиационное космическое агентство	253,8	11079,0	97,8
Медбиоэкстрем	416154,5	964446,0	69,8
Федеральная авиационная служба	17885,7	29790	62,5
Российская академия наук	62466,0	78411,0	55,7
Отделения Российской академии наук	33300,1	55730,0	62,6
<i>Всего</i>	<i>9761846,1</i>	<i>12986025,0</i>	<i>57,1</i>

Источник: Минфин России

ТАБЛИЦА 8. СТРУКТУРА ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВУ РОССИИ, 1999 Г.

	Расходы федерального бюджета по разделу 1700	Средства ОМС	Прочие внебюджетные источники финансирования
Объемы финансирования, тыс. руб.	7772475,0	361200,0	4777580,0
Доля в общем объеме финансирования, %	60,2	2,8	37,0

Источник: Минфин России.

2.3. Финансирование федеральных клиник

Финансирование деятельности федеральных клиник является главным направлением использования средств, выделяемых Минздраву. Бюджетные расходы на содержание ФК достигли 51% ассигнований Минздраву по разделу 1700. В составе расходов Минздрава присутствует вид расходов 1701/430/315 — «Целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам РФ». Оказание дорогостоящих видов медицинской помощи». Его доля составляет 13%. Получателями этих средств также являются федеральные клиники. В итоге совокупное финансирование деятельности ФК из федерального бюджета составило 64% от общего объема ассигнований Минздраву по разделу 1700.

Особенностью финансирования федеральных научно-исследовательских медицинских институтов и федеральных медицинских образовательных учреждений, имеющих свою клиническую базу, является множественность каналов получения финансовых средств. Источниками финансовых поступлений служат:

1. Средства федерального бюджета:
 - 1.1. По разделу 1700, «Здравоохранение и физическая культура», подразделу 01 «Здравоохранение», целевой статье 430 «Ведомственные расходы на здравоохранение»:
 - 1.1.1. виду расходов 300 «Клиники»
 - 1.1.2. виду расходов 315 «Целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации»
 - 1.1.3. виду расходов 397 «Прочие расходы на федеральные целевые программы»
 - 1.2. По разделу 0600 «Фундаментальные исследования и содействие научно-техническому прогрессу»

- 1.3. По разделу 1400 «Образование»
- 1.4. По разделу 0707 «Строительство и архитектура», вид расходов 198 «Государственные капитальные расходы на безвозвратной основе»
2. Внебюджетные средства Минздрава России
3. Средства ОМС
4. Доходы от оказания платных медицинских услуг населению
5. Прочие внебюджетные средства

При рассмотрении структуры источников финансирования федеральных клиник прежде всего обращает на себя внимание наличие двух каналов финансирования из федерального бюджета их основной деятельности. Финансирование по разделу 1700, «Здравоохранение и физическая культура», подразделу 01 «Здравоохранение», целевой статье 430 «Ведомственные расходы на здравоохранение», виду расходов 300 «Клиники» производится как финансирование содержания клиник федеральных научно-исследовательских медицинских институтов и федеральных медицинских образовательных учреждений. Средства выделяются в целом на содержание соответствующих клиник.

Специфичным каналом бюджетного финансирования является финансирование по разделу 1700 «Здравоохранение и физическая культура», подразделу 01 «Здравоохранение», целевой статье 430 «Ведомственные расходы на здравоохранение», виду расходов 315 «Целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации». Для понимания смысла этого вида расходов нужно обратиться к истории его выделения в составе функциональной классификации бюджетных расходов.

В год начала либеральной экономической реформы, сопровождавшейся резким сокращением доходов федерального бюджета и соответственно сокращением социальных расходов, лидеры медицинского сообщества сумели добиться принятия Указа Президента РФ «О мерах по развитию здравоохранения в Российской Федерации» №1137 от 26 сентября 1992 г. В числе предусмотренных указом мер было поручение Правительству Российской Федерации предусматривать в федеральном бюджете «целевое финансирование дорогостоящих видов медицинской помощи по списку заболеваний, ежегодно утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации». В последующие годы Минздрав регулярно утверждал Перечень высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи, подлежащих финансированию из федерального бюджета, и соответствующий ему Перечень научно-исследовательских институтов и

центров Минздрава России и РАМН, образовательных и лечебно-профилактических учреждений Минздрава России, выполняющих высокотехнологичные виды медицинской помощи, финансируемые из федерального бюджета. Первоначально в этом перечне было 68 федеральных клиник, к 1999 г. он был сокращен до 63, а в 2000 г. расширен до 67 учреждений.

Каждая из указанных федеральных клиник получает бюджетные средства, предусмотренные на финансирование их медицинской деятельности, одновременно по двум каналам: 1) на содержание клиники (по разделу 1701/430/300 функциональной классификации бюджетных расходов) и 2) на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи (по разделу 1701/430/315 функциональной классификации бюджетных расходов). Соотношение бюджетных ассигнований, выделенных в 1999 г. указанным 63 федеральным клиникам по двум вышеназванным разделам, равнялось 59:41. Всего на долю этих ведущих клиник пришлось 37,2% бюджетных средств, выделенных Минздраву РФ по разделу 1700.

В рамках целевых программ, финансируемых из федерального бюджета по разделу 1701/430/397 функциональной классификации бюджетных расходов, Минздравом производится закупка медицинского оборудования и медикаментов, часть из которых достается федеральным клиникам.

Помимо данных бюджетных средств, федеральные учреждения, имеющие клиническую базу, получали также бюджетные средства на научную деятельность, а 8 учреждений из 63 – еще и на образовательную деятельность. Структура бюджетного финансирования федеральных клиник представлена в таблице 9.

*ТАБЛИЦА 9. СТРУКТУРА БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИК, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВУ РОССИИ, 1999 Г.**

	1701/430/300 – клиники	1701/430/315- дорогостоя- щие виды помощи	0600 – фундамен- тальные исследо- вания	1400 – образо- вание	Итого
Объемы финансирования, тыс. руб.	1687481,6	1169389,0	108210,8	245852,7	3210934,1
Доля в общем объеме финансирования, %	52,5	36,4	3,4	7,7	100

* Данные по 63 федеральным учреждениям, выполняющим высокотехнологичные виды медицинской помощи.

Источник: Минздрав России

Источником финансирования федеральных клиник служат также внебюджетные средства самого Минздрава. Это средства, получаемые за лицензирование лекарственных средств и т.п. В 1999 г. размер ассигнований федеральным клиникам за счет этих средств достиг 73231,7 тыс. руб. Это эквивалентно 2,3% объема их бюджетного финансирования.

Данные о других видах внебюджетных средств представляются Минздраву не всеми федеральными клиниками. К примеру, такие крупнейшие учреждения, как Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. Бакулева, Институт хирургии им. Вишневского, Онкологический центр им. Блохина, Гематологический научный центр, Институт нейрохирургии им. Бурденко, Эндокринологический научный центр и ряд других не представил отчетов о внебюджетных средствах. В таблице 10 приведены данные о структуре финансирования 47 из 63 федеральных клиник, выполняющих высокотехнологичные виды медицинской помощи. Соотношение бюджетных и внебюджетных средств для совокупности этих клиник составило 58: 42. Обращает на себя внимание высокая доля поступлений от платных медицинских услуг – 24% общих доходов и низкая доля средств ОМС – всего 3,5%.

*ТАБЛИЦА 10. ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИК, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНЗДРАВУ РОССИИ, 1999 Г.**

	Объемы финансирования, млн. руб.	Доля в общем объеме финансирования, %
Средства федерального бюджета		
1701/430/300 – клиники	1247,0	30,9
1701/430/315- дорог.	743,9	18,4
0600 – фонд. иссл.	93,7	2,3
1400 – образование	245,8	6,1
Внебюджетные средства		
Минздрава	57,4	1,4
ОМС	142,7	3,5
Платные услуги	966,1	24,0
Прочие	535,5	13,3
Итого	4032,1	100

* Данные по 47 из 63 федеральных учреждений, выполняющих высокотехнологичные виды медицинской помощи.

Источник: Минздрав России

§3. Возможности анализа эффективности бюджетного финансирования

Существующая система финансовой и статистической отчетности федеральных учреждений здравоохранения практически не позволяет получить необходимую информацию для построения корректных количественных оценок эффективности использования бюджетных средств, выделяемых этим учреждениям.

Финансовая отчетность федеральных учреждений здравоохранения включает данные об источниках средств и направлениях их использования по статьям экономической классификации бюджетных расходов. Государственная и ведомственная статистика собирает данные о других видах ресурсов учреждений здравоохранения: общем количестве занятых, в том числе по категориям персонала (врачи, средний медицинский персонал), количестве коек; а также о показателях деятельности учреждений: количестве койко-дней, числе пролеченных больных, в том числе по видам специализации коек: терапевтические, кардиологические, кардиохирургические, гастроэнтерологические, эндокринологические, терапевтические и т.д.; количестве исследований, количестве врачебных посещений и др.

Проблема состоит в том, что принципы сбора данных о затратах и результатах в сочетании с особенностями деятельности федеральных учреждений здравоохранения не позволяют корректно соотнести эти показатели друг с другом. Данные о затратах финансовых ресурсов, которые должно представлять каждое учреждение, относятся ко всей деятельности учреждения и не дифференцируются по ее составляющим. Как было показано выше, бюджетные ассигнования составляют 58% от средств федеральных клиник, а остальное приходится на внебюджетные средства, в том числе доходы от предоставления платных услуг населению, то есть поступления от пациентов, полностью оплачивающих свое лечение. Между тем до последнего времени ФК не представляли данных о том, сколько больных пролечено за бюджетные средства и сколько – за счет внебюджетных источников.

Федеральные клиники оказывают как стационарную, так и амбулаторно-поликлиническую помощь. Все федеральные клиники имеют поликлинические отделения, в которых ведется прием больных. Имеющиеся данные не позволяют отнести произведенные финансовые затраты на оказание стационарной и на предоставление амбулаторно-поликлинической помощи.

Проблема также состоит в том, что большинство федеральных клиник предоставляет стационарную помощь по нескольким медицинским специальностям (например, одновременно по специальностям: сердечно-сосудистая хирургия, урология, травматология, нейрохирургия), которые различаются по необходимым затратам ресурсов в расчете на одного пролеченного больного. Поэтому для корректных сопоставлений затрат бюджетных ресурсов и результатов необходимо разделить произведенные затраты не только между стационарной и амбулаторной помощью, но и между различными видами стационарной помощи.

Допустим, что разграничение финансовых затрат по разным видам оказываемой помощи будет корректно выполнено в ходе специального исследования, или будет производиться работниками самих учреждений и войдет в показатели обязательной отчетности. Даже в этом случае корректность сравнения разных учреждений друг с другом по простейшему показателю затрат финансовых ресурсов в расчете на пролеченного больного будет весьма уязвима для критики. Дело в том, что ФК применяют уникальные технологии. Предоставление больным медицинской помощи, относящейся по статистике к одному и тому же виду, может осуществляться в федеральных клиниках с использованием разных медицинских технологий, требующих разных затрат ресурсов. Не говоря уже о том, что клиники могут специализироваться на лечении разных заболеваний в рамках одного и того же вида медицинской помощи. Так что более высокий показатель затрат в расчете на одного больного, пролеченного в кардиологическом отделении одной федеральной клиники, по сравнению с аналогичным показателем для другой клиники сам по себе еще не является основанием для вывода об экономически менее эффективной работе первой клиники. Для корректного сравнения затратной эффективности работы разных клиник или групп клиник друг с другом потребуется более детальный анализ различий в структуре пролеченных больных по конкретным видам заболеваний, и различий в применяемых медицинских технологиях. Очевидно, что решение такой задачи потребовало бы широкомасштабного исследования, включающего сбор данных непосредственно в самих федеральных клиниках.

Существующая система финансовой и статистической отчетности не приспособлена для проведения корректного сравнительного анализа затратной эффективности финансирования федеральных клиник, не говоря уже о применении более сложных методов экономических оценок: затраты-полезность (*cost-utility*), затраты-выгода (*cost-benefit*) (*Drummond, 1995*).

Данные статистики позволяют судить лишь о степени загруженности мощностей федеральных клиник. Так, средняя занятость больничной койки в ФК составила в 1999 г. 271 день, в то время как в целом по стране этот показатель равнялся 307. Это, по сути, единственный в настоящее время количественный индикатор эффективности работы федеральных клиник. Как видим, он свидетельствует о том, что мощности ФК были загружены на 12% меньше, чем в среднем по всей отрасли.

Для решения задач оценивания эффективности использования финансовых ресурсов вообще и бюджетных ассигнований, в частности, существующая система отчетности и сбора данных о деятельности учреждений здравоохранения нуждается в серьезном преобразовании.

При существующем положении дел предметом анализа эффективности бюджетного финансирования федеральных учреждений здравоохранения может выступать лишь соответствие институциональных характеристик применяемых моделей финансирования и бюджетного процесса общим условиям эффективного использования бюджетных средств.

§4. Механизм финансирования федеральных клиник

Действующая в настоящее время модель финансирования ФК предусматривает несколько каналов выделения им средств из федерального бюджета и внебюджетных средств, находящихся в распоряжении государственных организаций (внебюджетные средства Минздрава и средства ОМС).

Большая часть бюджетных средств выделяется по статье 1701/430/300 «Клиники». Эти ассигнования предоставляются на содержание учреждений. Финансирование производится на основе сметного принципа: каждому учреждению утверждается смета расходов, производимых за счет выделяемых средств. В смете расходов отражаются все виды затрат, разделенные по статьям экономической классификации бюджетных расходов.

Согласно установленному порядку, смета расходов должна рассчитываться исходя из показателей пропускной способности медицинского учреждения: количество больничных коек, расчетное число амбулаторно-поликлинических посещений врачей за смену. Эти показатели являются базовыми для определения отдельных видов затрат. Так, в зависимости от конечной мощности стационара определяется общее количество требуемого медицинского персонала и соотношение должностей, различающихся по уровню оплаты труда. Полученные показатели умножаются на ставки заработной платы, устанавливаемые в соответствии с единой тарификационной сеткой оплаты труда работников организаций бюджетной сферы (ЕТС). Необходимые затраты на медикаменты, приобретение мягкого инвентаря (постельное белье и пр.), питание больных рассчитываются как произведение количества больничных коек на нормативные показатели удельных затрат соответствующих видов в расчете на одну больничную койку.

Реальность несколько отличается от вышеуказанной схемы. Во-первых, нормативная база, используемая для проведения таких расчетов, в значительной степени унаследована от плановой системы здравоохранения с назначаемыми государством ценами. Старые стоимостные нормативы нередко просто механически корректируются с помощью индексов-дефляторов, причем рассчитанных для экономики в целом.

Во-вторых, потребности в финансировании федеральных клиник, рассчитанные вышеуказанным способом даже на основе несовершенной нормативной базы, оказываются существенно выше тех финансовых ресурсов, ко-

которые выделяются Минздраву. В результате показатели потребности в финансировании отдельных статей расходов той или иной федеральной клиники, рассчитанные с использованием имеющихся нормативов, корректируются Минздравом в сторону уменьшения. Принципы проведения такой корректировки и соответственно установления итоговых размеров бюджетного финансирования конкретных федеральных клиник четко не формулируются.

Учреждения должны истратить полученные средства строго по их целевому назначению (то есть в соответствии с утвержденными показателями расходов по отдельным статьям) и не имеют права самостоятельно перераспределять их между разными статьями расходов без разрешения Минздрава.

Параллельно с бюджетным финансированием содержания федеральных клиник существует дополнительный канал их финансирования – целевое бюджетное финансирование высокотехнологичных видов помощи. Федеральные клиники получают средства из федерального бюджета по статье 1701/430/315 «Целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации». Эти средства выделяются в виде доплаты за оказание дорогостоящих (высокотехнологичных) видов помощи. Как уже отмечалось выше, эта форма бюджетного финансирования была введена с 1993 г. как средство решения задачи ослабления дефицита финансовых ресурсов деятельности ведущих федеральных учреждений здравоохранения и поддержания уровня и объема оказания высокотехнологической помощи. Была введена дополнительная строчка в бюджете, что всегда является гарантией дополнительных средств или способом демпфирования сокращения общего объема ассигнований. Величина средств, выделенных в бюджете 1993 г. на эти цели, отражала исключительно бюджетные возможности и не была подкреплена какими-то серьезными расчетами. Эта величина стала, в свою очередь, базовой для определения размеров ассигнований по этой статье в последующие годы. Подчеркнем еще раз: средства, выделяемые федеральным клиникам на оказание высокотехнологических видов медицинской помощи, выступают как простая добавка к ассигнованиям на их содержание. Определение размеров этой добавки происходит на основе исторически сложившегося уровня финансирования по данной статье расходов федерального бюджета.

Безусловно, эти средства помогли федеральным клиникам сохранять и развивать соответствующие мировым достижениям медицинские технологии на фоне высокого инфляционного давления (*Большакова, 2001, с. 14*). Но применяемый порядок выделения средств на оказание высокотехнологичных

видов помощи обладает изъятиями с точки зрения требований эффективного использования бюджетных ассигнований.

Финансирование высокотехнологичных видов помощи было введено в рамках механизма сметного финансирования. Выделение ассигнований на оказание высокотехнологических видов медицинской помощи вплоть до 2001 г. производилось без увязки с какими-либо показателями, характеризующими объемы оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи. Выделение средств производится с утверждением каждому учреждению сметы расходов, производимых за счет данных средств. Особенностью выделения средств на оказание высокотехнологичных видов помощи является то, что они предназначаются для осуществления лишь части видов расходов, предусмотренных экономической классификацией бюджетных расходов, а именно:

110100 — оплата труда

110200 — начисления на оплату труда

110300 — приобретение предметов снабжения и расходных материалов (включая расходы на медикаменты, перевязочные средства, и др.)

240100 — приобретение оборудования и предметов длительного пользования.

Распределение вышеуказанных средств по статьям сметы не основывается на каких-либо четко сформулированных принципах. Отчетные данные о структуре бюджетных расходов федеральных учреждений, подведомственных Минздраву России, представлены в таблице 11.

ТАБЛИЦА 11. СТРУКТУРА БЮДЖЕТНЫХ РАСХОДОВ СИСТЕМЫ ФЕДЕРАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВА РОССИИ В СООТВЕТСТВИИ С ЭКОНОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ, 1999 Г. (%)

	1701/430/300 – Клиники	1701/430-315 — Дорогост. виды мед. помощи
Оплата труда	20.3	17.1
Начисления на оплату труда	7.8	6.6
Медицинские расходы	10.1	55.6
Продукты питания	7.5	-
Оплата коммунальных услуг	7.7	-
Прочие	3.0	0.8
Приобретение оборудования и предметов длительного пользования	38.8	19.9
Капитальный ремонт	4.8	-
Капитальное строительство	-	-

Всего	100.0	100.0
--------------	-------	-------

Источник: Минфин России

Финансирование научной и образовательной деятельности федеральных учреждений, подведомственных Минздраву РФ и РАМН, осуществляется также на основе сметного принципа.

Метод сметного финансирования удобен финансовым органам. Он дает возможность контролировать направления их использования и быть уверенным, что выделенные средства не направлены, к примеру, на оплату труда или приобретение дорогостоящего оборудования в ущерб другим необходимым видам расходов. Но сметное финансирование обладает серьезными изъянами с точки зрения обеспечения эффективного использования ресурсов. Главный его недостаток связан с тем, что выделение средств осуществляется без увязки с результатами работы их получателей. Сметное финансирование не создает у учреждений стимулов к более рациональному использованию ресурсов и воспроизводит затратный тип хозяйствования.

Эти общие недостатки сметного финансирования с особой силой проявляются в ситуации, когда бюджетное финансирование клинической деятельности ФК производится по двум каналам, предметы финансирования которых четко не разграничены. Средства на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи выделяются в дополнение к средствам, выделяемым на финансирование содержания учреждения в целом.

Существующая модель бюджетного финансирования ФК является, по сути, моделью двойного финансирования их деятельности, которое осуществляется без увязки с результирующими показателями их работы.

Небольшую часть средств федеральных клиник (1,4%) составляют ассигнования Минздрава, производимые за счет его внебюджетных средств. Это доходы, получаемые в качестве платы за выполнение функций лицензирования, сертифицирования, экспертизы и т.п. Принципы распределения этих средств между подведомственными Минздраву учреждениями ясно не определены.

Сметное финансирование содержания ФК и оказания ими высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляемой без увязки с результирующими показателями деятельности, имеет очень серьезный изъян в условиях, когда выделяемые совокупные бюджетные ассигнования недостаточны для возмещения затрат ФК, необходимых для оказания медицинской помощи в объемах, соответствующих мощности этих клиник. А именно такая ситуация имеет место в последнее десятилетие. В 2000 г. бюджетное финансирование федеральных клиник составило 56% от их за-

явленной потребности, в том числе по разделу 17 – здравоохранение – 58% (Вялков, с. 8).

Это открывает возможности для теневых экономических отношений между персоналом и пациентами по поводу возмещения недостающих финансовых средств на лечение. Клиники должны либо перекладывать часть расходов на пациентов, либо снижать эффективность использования имеющегося коечного фонда. На практике имеет место и то, и другое. Занятость койки в ФК, как уже говорилось ранее, меньше, чем в среднем по стране по всем стационарам. Пациентов федеральных клиник вынуждают оплачивать приобретение лекарств и услуг медицинского персонала, взимают плату за лечение в целом.

Существующий механизм финансирования не обеспечивает прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи. За счет имеющихся бюджетных средств можно обеспечить действительно бесплатное лечение для хотя бы части пациентов. Вместо этого выделяемые ФК бюджетные средства фактически «размазываются» на всех пациентов, и с большинства из них требуют дополнительной оплаты.

Бюджетные средства покрывают немногим более половины расходов ФК. А выделяются они на финансирование деятельности ФК в целом. Такая модель бюджетного финансирования противоречит принципам обеспечения эффективного использования бюджетных средств.

Отдельного внимания заслуживает механизм финансирования федеральных клиник за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Система общественного финансирования здравоохранения в нашей стране является бюджетно-страховой. При введении системы ОМС в начале 90-х годов исходным замыслом было следующее разделение предметов бюджетного и страхового финансирования: за счет средств ОМС обеспечивается финансирование основной части первичной медицинской помощи (медицинской помощи первого уровня) и вторичной медицинской помощи (медицинской помощи второго уровня)¹; за счет бюджетных средств обес-

¹ По сложности применяемых медицинских технологий выделяются следующие уровни оказания медицинской помощи:

Первый уровень: первичная медико-санитарная помощь, включающая профилактические мероприятия, скорую помощь, медицинскую помощь, оказываемую амбулаторно врачами общей практики и терапевтами.

Второй уровень: специализированная медицинская помощь, оказываемая амбулаторно, и стационарная медицинская помощь, оказываемая на основе медицинских технологий массового применения.

печивается финансирование части первичной медицинской помощи (иммунизация населения, скорая медицинская помощь), некоторые специализированные виды медицинской помощи второго уровня (стационарное лечение больных туберкулезом, психическими заболеваниями и др.) и медицинская помощь третьего уровня. Последняя как раз и оказывается в федеральных клиниках и крупных региональных клиниках и должна была бы финансироваться исключительно за счет бюджетных средств.

Реальная бюджетно-страховая система финансирования, сложившаяся к настоящему времени в нашей стране, существенно отличается от первоначального замысла, реализованного в законе о медицинском страховании. Средств, аккумулируемых в системе ОМС, недостаточно для оплаты всего объема первичной и вторичной медицинской помощи, установленного базовой программой ОМС. Это явилось результатом неполного введения ОМС и отсутствия закрепленных налоговых источников осуществления взносов на ОМС неработающего населения. В итоге первичная и вторичная медицинская помощь, включенная в программу ОМС, на практике финансируются из двух источников: средств ОМС и средств бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов. Так, в 1999 г. поступления финансовых средств в систему ОМС равнялись всего лишь 45% стоимости базовой программы ОМС.

Страховщикам системы ОМС (их функции выполняют филиалы территориальных фондов ОМС и страховые медицинские организации) разрешили с 1997 г. заключать договора с федеральными учреждениями здравоохранения на оказание медицинской помощи застрахованным и оплачивать эту медицинскую помощь в порядке, установленном для системы ОМС. Но заключать договора можно лишь со страховщиками, действующими в субъектах РФ, на территории которых расположены сами федеральные учреждения. Формально предметом таких договоров должно выступать оказание медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС, то есть медицинской помощи второго уровня. На практике отсутствует контроль за тем, какая именно медицинская помощь, второго или третьего уровня, оплачивается страховщиками.

Страховщики заключают договоры с федеральными клиниками на предоставление определенных объемов медицинской помощи для застрахованных ими лиц и осуществляют оплату оказанной помощи по тарифам,

Третий уровень: стационарная медицинская помощь, оказываемая на основе новых медицинских технологий, которые еще не получили массового применения.

устанавливаемым в соответствии с принятым порядком оплаты медицинской помощи в системе ОМС субъекта Российской Федерации по месту нахождения федерального учреждения на общих основаниях². Так, например, в системе ОМС города Москвы оплата стационарной медицинской помощи осуществляется по тарифам за законченный случай лечения, дифференцированным по видам (нозологическим формам) заболеваний. Эти тарифы имеют две очень важные особенности.

Во-первых, согласно требованиям Федерального фонда обязательного медицинского страхования³, средства ОМС могут использоваться только для возмещения расходов медицинских организаций по четырем статьям:

- оплата труда;
- начисления на оплату труда;
- медицинские расходы (включая расходы на медикаменты, перевязочные материалы);
- продукты питания.

Установление такого правила связано с тем, что средства, аккумулируемые в системе ОМС, недостаточны для возмещения затрат, необходимых для оказания медицинской помощи в объемах, предусмотренных базовой программой ОМС. На практике остальные виды затрат государственных и муниципальных медицинских учреждений покрываются за счет средств бюджетов субъектов РФ и входящих в их состав муниципальных образований. Соответственно значения устанавливаемых тарифов ОМС помощи отражают лишь часть затрат, необходимых для ее оказания.

² Положение о финансовом взаимодействии и расходовании средств в системе обязательного медицинского страхования медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации и Российской академии медицинских наук. Утверждено Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации и Министерством финансов Российской Федерации 24.07.1996, п.5.

³ Указания по обеспечению целевого и рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 07.08.1997 № 71 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 6. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998, сс.109-118.

Во-вторых, тарифы ОМС, используемые для оплаты лечения в федеральных клиниках, рассчитываются на основе статистических данных, отражающих деятельность муниципальных многопрофильных стационаров. Между тем уровень затрат в федеральных клиниках объективно выше из-за более высокой квалификации, более сложного оборудования, необходимости включения в стоимость накладных расходов в НИИ и научных центрах.

Таким образом, тарифы, по которым страховщики оплачивают медицинскую помощь застрахованным, которых они направляют для лечения в федеральные клиники, не обеспечивают возмещения необходимых видов и объемов затрат по оказанию медицинской помощи в этих клиниках. Следовательно, недостающие средства должны покрываться за счет других источников; а это бюджетные ассигнования и средства населения.

Почему федеральные клиники заключают договора со страховщиками на оказание медицинской помощи, оплата которой не покрывает реальных затрат? – Потому, что они имеют возможность компенсировать недостающие расходы за счет бюджетных средств и за счет теневых платежей, взимаемых с направленных к ним пациентов. Есть свидетельства того, что на практике между федеральными клиниками и страховыми компаниями существуют неформальные соглашения о том, какое количество пациентов, оплачиваемых за счет средств ОМС, будет пролечено без взимания с них дополнительной платы. За этих, «своих» для страховых компаний, пациентов необходимые затраты фактически покрываются либо за счет других пролеченных застрахованных, с которых требуют теневых доплат, либо за счет бюджетных средств.

Оценить, в какой мере теневые соплатежи компенсируют низкий уровень тарифов ОМС, не представляется возможным. Вполне реалистичным является предположение, что уровень теневых соплатежей, взимаемых с больных, направляемых страховщиками и направляемых органами здравоохранения (в счет бюджетного финансирования), не должен сильно различаться. При справедливости такого предположения можно заключить, что расходы федеральных клиник, отражаемые в их финансовой отчетности, будучи отнесенными на одного пролеченного за счет средств ОМС, фактически частично компенсируются за счет бюджетных средств. Это означает, что средства федерального бюджета используются для неявного субсидирования оказания медицинской помощи, которая должна предоставляться за счет средств ОМС и бюджетов субъектов РФ. Причем такое субсидирование является чрезвычайно неравным, поскольку его получают в основном жители тех регионов, где расположены сами федеральные клиники.

Наличие нескольких каналов государственного финансирования клинической деятельности федеральных учреждений здравоохранения в сочетании с неразграниченностью предметов финансирования и применением сметного порядка выделения средств без увязки с результирующими показателями работы можно квалифицировать как *механизм многослойного финансирования деятельности федеральных клиник*.

Выделение государственных средств федеральным клиникам по разным каналам не опирается на комплексный анализ источников доходов и направлений расходов федеральных клиник. Хотя Бюджетный кодекс требует утверждения единой сметы бюджетных учреждений, в которой отражаются все источники их доходов и все расходы, на практике такая единая смета для федеральных клиник не утверждается никем из вышестоящих органов. Фактически отсутствует финансовое планирование согласованного выделения федеральным клиникам государственных средств из разных источников.

Следует, правда, отметить, что Минздрав ежегодно заключает соглашение с Московским фондом обязательного медицинского страхования о финансировании пролеченных в ФК больных за счет средств ОМС. Но это соглашение является формальным. Объемы оказываемой медицинской помощи и размеры их оплаты реально не обсуждаются при заключении соглашения. Договор не служит инструментом совместного планирования. Он нужен Московскому фонду ОМС, чтобы оправдаться перед проверяющими органами за использование средств ОМС для оплаты лечения в ФК.

Институциональный анализ механизма государственного финансирования федеральных клиник позволяет сделать следующий вывод: существующий механизм способен лишь воспроизводить сложившийся режим хозяйствования учреждений и не совместим с требованиями эффективного использования ресурсов. Затратный порядок финансирования при отсутствии учета результирующих показателей, при наличии нескольких источников финансирования и общей недостаточности выделяемых средств создает ситуацию, в которой проблематичной является сама постановка вопроса о корректной оценке эффективности использования бюджетных ассигнований.

Сметное финансирование прямо противоречит задаче обеспечения эффективного использования бюджетных средств, если размер выделяемых средств не покрывает всех расходов бюджетополучателей и не связан с результирующими показателями их деятельности. Для решения указанной задачи нужно отказаться от сметного финансирования и внедрить иной механизм финансирования федеральных учреждений здравоохранения,

обеспечивающий прямую увязку и сбалансированность размеров ассигнований и объемов медицинской помощи, которую эти учреждения должны оказать, используя эти средства.

§5. Изменения в механизме финансирования, предложенные Минздравом России

Истекший 2000 год и начало 2001 года были отмечены попытками Минздрава внедрить механизмы финансового планирования, повышающие эффективность использования бюджетных ассигнований лечебно-профилактическим учреждениям федерального подчинения. Основной замысел предложений Минздрава состоял в следующем (*Вялков, 2001, с. 9*): государство предъявляет требования к федеральным учреждениям здравоохранения в пределах объемов деятельности, обеспеченных финансовыми ресурсами государства. Объем планируемой помощи, которая должна предоставляться за счет средств федерального бюджета, однозначно увязывается с объемом средств, которые государство выделяет на эти цели. Главным экономическим инструментом при этом становится тариф на медицинские услуги. Тарифы утверждаются Минздравом и РАМН. При этом сначала рассчитывается стоимость простых медицинских услуг, а затем на этой основе устанавливается стоимость нозологической формы пролеченного больного по сложившимся в каждом федеральном учреждении здравоохранения протоколам ведения больных.

Минздравом и РАМН был издан совместный приказ «О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения» № 70/14 от 28 февраля 2000 г.. Он предусматривает введение нового порядка бюджетного финансирования этих учреждений. Финансирование должно осуществляться на основе формирования заказа на оказание специализированной медицинской помощи населению субъектов Российской Федерации за счет средств федерального бюджета. Содержанием заказа должны стать объемы медицинской помощи (число пролеченных больных), соответствующие плановым размерам бюджетных ассигнований. Плановый объем помощи в натуральном и стоимостном выражении определяется каждому учреждению на основе тарифов на медицинские услуги данного учреждения, утверждаемых специально созданной для этих целей Тарифной комиссией Минздрава РФ и РАМН. Были утверждены также методические рекомендации по стоимостной оценке медицинских услуг, финансируемых за счет бюджета. Рекоменда-

ции, если следовать буквально их тексту, предусматривают, что все бюджетное финансирование ФК должно быть переведено на финансирование за пролеченного больного.

У руководителей большинства федеральных медицинских учреждений эти решения вызвали негативное отношение: они заинтересованы в сохранении сложившейся системы, дающей им значительную экономическую самостоятельность при минимуме экономической ответственности. Лишь несколько учреждений активно поддерживали переход к новой системе финансирования. Они руководствовались пониманием того, что установление государственного заказа, однозначно определяющего объемы медицинской помощи, которую они должны оказать в счет бюджетного финансирования, легализует их право использовать оставшиеся мощности для предоставления платных услуг. Приведение в соответствие плановых объемов медицинской помощи и размеров бюджетных ассигнований создает условия для легального использования незадействованных мощностей клиник для лечения больных за счет внебюджетных средств.

Государственные органы, контролирующие финансовую деятельность федеральных учреждений здравоохранения (Счетная палата РФ, Контрольно-ревизионное управление Минфина РФ), нередко предъявляли обвинения руководителям клиник в том, что при использовании части мощностей для лечения больных на платной основе имеет место двойное финансирование деятельности клиник. Ведь они получают бюджетное финансирование на свое содержание в целом. Очевидность противоречия такой оценки реальным условиям бюджетного финансирования, не обеспечивающего возмещения затрат, необходимых для работы клиник, позволяла руководителям клиник избегать применения к ним каких-либо реальных санкций за указанные «нарушения». Руководители клиник, не поддержавшие нововведения в финансировании, считали, что им не нужна какая-то дополнительная защита их интересов.

В процессе внедрения новый механизм финансирования был существенно трансформирован. Руководство Минздрава решило ограничить нововведения изменением лишь порядка бюджетного финансирования оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, то есть порядка финансирования по разделу 1701/430/315 функциональной классификации бюджетных расходов. Порядок бюджетного финансирования клиник по разделу 1701/430/300 было решено пока не менять.

Еще одним нововведением в механизме финансирования федеральных клиник стало введение квот для бесплатного лечения в них больных по направ-

лениям региональных органов здравоохранения. До 2000 г. федеральные клиники принимали больных по направлениям региональных органов управления здравоохранением только при условии оплаты их лечения за счет средств региональных бюджетов, ОМС или самих больных. Руководители учреждений объясняли это недостаточностью и нестабильностью ассигнований из федерального бюджета, которые покрывают лишь часть их фактических затрат. В совместном приказе Минздрава и РАМН «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения» № 252/50 от 10.07.2000 были установлены квоты такой помощи для больных, направляемых из субъектов РФ. Квоты были определены лишь по высокотехнологичным видам медицинской помощи. Общее число больных из субъектов РФ, которым федеральные медицинские учреждения должны оказать медицинскую помощь за счет средств федерального бюджета, составило в 2000 году 92 тысячи человек.

Механизм квотирования представляется приемлемым и социально справедливым. Раз есть Федерация, раз есть федеральная медицинская база, финансируемая из федерального бюджета, то субъекты Федерации должны иметь право на бесплатное пользование ею. Однако методы установления квот субъектам РФ, которые были использованы, являются несовершенными. Квоты были установлены пропорционально уровням заболеваемости в различных субъектах РФ болезнями по тем нозологическим формам, для которых предусмотрено оказание высокоспециализированных видов медицинской помощи в федеральных клиниках. При установлении квот не учитывались возможности оказания необходимой медицинской помощи региональными клиниками. И еще раз подчеркнем, что квоты были определены лишь по высокотехнологичным видам медицинской помощи, которые составляют часть деятельности рассматриваемых учреждений, которая в целом финансируется из федерального бюджета.

В отличие от установления квот, внедрение нового механизма бюджетного финансирования федеральных клиник было неспешным. Внедрение нового механизма финансирования требовало проведения значительной подготовительной работы. Между тем в приказе не были четко установлены сроки перехода на новый порядок финансирования. В нем содержалось лишь требование представить к определенному сроку необходимые данные для расчета тарифов оплаты за законченные случаи лечения. Минздрав издал приказ, но не настаивал на его выполнении.

Во исполнение приказа федеральные клиники приступили к определению стоимости медицинских услуг и стоимости высокотехнологических видов лечения. Но к концу 2000 г. лишь 54 из 63 клиник, оказывающих высокотехнологич-

ные виды помощи, представили на рассмотрение тарифной комиссии Минздрава результаты расчетов. Лишь для одного учреждения – Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН — Тарифная комиссия утвердила тарифы на 2001 г. И только в марте 2001 г. было заключено соглашение между Минздравом и Центром, закрепившее переход к новому порядку финансирования Центра.

Всем остальным федеральным клиникам размеры финансирования оказания высокотехнологических видов медицинской помощи были установлены на 2001 г. без утверждения соответствующих тарифов и без эксплицирования критериев распределения средств. Фактически для них был сохранен прежний порядок бюджетного финансирования. Единственное изменение по сравнению с положением дел до 2000 г. состоит в наличии квот на бесплатное лечение больных по направлениям из регионов. Формально они могут рассматриваться в качестве результирующих показателей деятельности, на обеспечение которых выделены бюджетные ассигнования по разделу 1701/430/315. Но подчеркнем, что фактическое выделение ассигнований было произведено без четкой увязки размеров этих ассигнований с установленными показателями объемов высокоспециализированной помощи.

Итак, в настоящее время новый механизм финансирования внедрен лишь в одном федеральном медицинском учреждении в экспериментальном порядке. Фактическое неисполнение приказа Минздрава некоторыми подведомственными ему федеральными клиниками свидетельствует о том, что взаимоотношения между руководством Минздрава и руководителями клиник далеки от отношений прямого административного подчинения. Руководство Минздрава предпочитало не настаивать на безусловном выполнении своего приказа, а пыталось скорее убедить несогласных в целесообразности перехода к новому механизму финансирования. Такая позиция, вероятно связана с тем, что руководители крупнейших федеральных клиник обладают значительным влиянием в «коридорах власти», в том числе через своих бывших высокопоставленных пациентов, и руководство Минздрава не рискует поэтому идти на открытый конфликт с противниками нововведений. Большую активность во внедрении нового механизма проявил не столько Минздрав, сколько Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

Все это позволяет охарактеризовать взаимоотношения между Минздравом и ведущими федеральными клиниками как отношения квазипартнерства и взаимной зависимости. Следовательно, любые будущие нововведения, направленные на повышение эффективности использования бюджетных средств, имеют шанс на практическую реализацию, либо если и Минздрав, и федеральные кли-

ники будут находиться под давлением со стороны Минфина и руководства правительства, либо если эти нововведения будут расцениваться самими федеральными клиниками как отвечающие их интересам.

Заключение. Рекомендации для государственной политики

Главным направлением использования бюджетных средств, выделяемых Минздраву, является финансирование деятельности подведомственных ему федеральных учреждений здравоохранения, федеральных научно-исследовательских медицинских институтов и федеральных медицинских образовательных учреждений, имеющих свою клиническую базу (федеральных клиник).

Между тем существующая система финансовой и статистической отчетности федеральных учреждений здравоохранения практически не позволяет получить необходимую информацию для построения корректных количественных оценок эффективности использования бюджетных средств, выделяемых этим учреждениям. Предметом анализа эффективности бюджетного финансирования федеральных учреждений здравоохранения в настоящее время может выступать лишь соответствие институциональных характеристик применяемых моделей финансирования и бюджетного процесса общим условиям эффективного использования бюджетных средств.

Существующая модель финансирования федеральных клиник из федерального бюджета и других источников (средства ОМС, платные медицинские услуги) является моделью многослойного финансирования их деятельности. Бюджетное финансирование медицинских учреждений федерального подчинения осуществляется по смете расходов без увязки с результатами их работы. Распределение средств по статьям сметы не основывается на каких-либо четко сформулированных принципах. Серьезного экономического анализа структуры деятельности этих учреждений не осуществляется. Планы бюджетного финансирования федеральных медицинских учреждений не координируются с планами их финансирования из средств обязательного медицинского страхования.

Существующий порядок бюджетного финансирования способен лишь воспроизводить сложившийся режим хозяйствования учреждений и не совместим с требованиями эффективного использования ресурсов. Затратный порядок финансирования при отсутствии учета результирующих пока-

зателей, при наличии нескольких источников финансирования и общей недостаточности выделяемых средств создает ситуацию, в которой проблематичной является сама постановка вопроса о корректной оценке эффективности использования бюджетных ассигнований.

В самое последнее время Минздрав РФ предпринял попытку изменить сложившийся порядок финансирования. Но из-за сопротивления многих руководителей федеральных клиник практические нововведения были ограничены изменением порядка финансирования федеральных клиник лишь по одной статье функциональной классификации бюджетных расходов (статье 1701/430/315 «Целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации»). К настоящему времени новый механизм финансирования внедрен лишь в одном федеральном медицинском учреждении в экспериментальном порядке.

Проведенный анализ позволяет сформулировать следующие рекомендации для бюджетной политики:

1. *Перейти к одноканальному бюджетному финансированию клинической деятельности федеральных учреждений здравоохранения.* Сохранение сложившейся двухканальной системы бюджетного финансирования указанной деятельности является препятствием решения задачи обеспечения эффективности использования бюджетных средств.

Для реализации этого предложения потребуются внести изменения в Классификацию расходов федерального бюджета по разделу 1700, «Здравоохранение и физическая культура», подразделу 01 «Здравоохранение», целевой статье 430 «Ведомственные расходы на здравоохранение» вида расходов 315 «Целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации». Ассигнования, планировавшиеся по этому виду расходов, должны быть перемещены в качестве дополнения к сумме расходов по статье 1701/430/300 – «Клиники».

2. *Заменить сметный порядок бюджетного финансирования оплат конечных результатов деятельности федеральных клиник.* Перейти от бюджетного финансирования клинической деятельности федеральных учреждений здравоохранения на основе сметы расходов на содержание учреждения к финансированию на основе тарифов за пролеченных больных по законченным случаям лечения. Оплата должна производиться за количество законченных случаев госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с нозологическими формами (видами заболе-

ваний) и протоколам ведения больных, используемыми в федеральных клиниках. Тарифы должны обеспечивать возмещение всех видов издержек, необходимых для оказания соответствующей медицинской помощи («полные тарифы»).

Следует отметить, что Бюджетный кодекс Российской Федерации, принятый в 1998 г. и вступивший в действие с 1 января 2000 г., допускает возможность финансировать федеральные учреждения здравоохранения, увязывая размеры такого финансирования с объемами предоставляемых этими учреждениями услуг. Согласно п.5 статьи 161, бюджетную заявку на очередной финансовый год, которую каждое бюджетное учреждение должно представлять соответствующему распорядителю бюджетных средств, следует составлять на основе прогнозируемых объемов предоставления государственных услуг и установленных нормативов финансовых затрат на их предоставление, а также с учетом исполнения сметы доходов и расходов отчетного периода. Однако, как было показано выше, бюджетные заявки федеральных учреждений здравоохранения составляются на практике без учета в явной форме объемов предоставления услуг. Нормативы финансовых затрат на их предоставление также отсутствуют. Бюджетные заявки опираются исключительно на смету доходов и расходов.

Для замены сложившегося механизма бюджетного финансирования, именуемого сметным порядком финансирования, на механизм целевого финансирования достаточно пойти по пути строгого выполнения норм Бюджетного кодекса. Необходимо конкретизировать понятия государственных услуг и нормативы финансовых затрат на предоставление государственных услуг в применении к деятельности федеральных учреждений здравоохранения. В качестве государственных услуг естественно будет рассматривать оказание медицинской помощи для лечения заболеваний различных нозологических форм. В качестве нормативов финансовых затрат на предоставление государственных услуг следует рассматривать тарифы оплаты за законченный случай лечения, дифференцированные по нозологическим формам.

В таком случае может быть внедрен следующий, соответствующий нормам Бюджетного кодекса, механизм финансирования федеральных клиник. Общий размер бюджетных ассигнований конкретному федеральному учреждению определяется не на основе отчетной и прогнозируемых смет его доходов и расходов, а на основе тарифов оплаты за каждый законченный случай лечения и устанавливаемых в качестве задания показателей числа пролеченных больных по различным нозологическим формам. Об-

щая величина бюджетного финансирования будет рассчитываться как сумма произведений согласованного количества пролеченных больных по каждой нозологической форме на соответствующий тариф оплаты за законченный случай лечения по данной нозологической форме. Далее рассчитанная таким образом величина бюджетных ассигнований расписывается по статьям сметы расходов, которая и утверждается учреждению в соответствии с требованиями Бюджетного кодекса.

Внедрение такого механизма потребует принятия Постановления Правительства РФ «О финансировании организаций здравоохранения федерального подчинения». В нем следует определить:

- содержание понятия государственные услуги для деятельности федеральных учреждений здравоохранения;
- порядок составления и утверждения бюджетных заявок учреждений здравоохранения, оказывающих государственные услуги;
- порядок утверждения нормативов финансовых затрат на предоставление государственных услуг (тарифов оплаты за законченные случаи лечения);
- сроки утверждения тарифов оплаты за законченные случаи лечения для всех федеральных клиник и перехода к новому механизму их финансирования.

3. Установить четкое ограничение обязательств федеральных клиник перед распорядителем бюджетных средств оказанием медицинской помощи в пределах согласованных объемов.

При установлении тарифов на уровне полных издержек федеральных клиник по оказанию соответствующих видов медицинской помощи, потребность в бюджетных средствах, необходимых для оплаты объемов медицинской помощи, обеспечивающих полную загрузку коечного фонда федеральных клиник, будет значительно превышать сложившийся уровень их финансирования из федерального бюджета. Принимая во внимание реальные возможности увеличения ассигнований на здравоохранение в федеральном бюджете, следует исходить из того, что объемы медицинской помощи, которые могут быть оплачены из бюджета по полным тарифам, будут меньше мощностей федеральных клиник. В предлагаемом механизме бюджетного финансирования каждое федеральное учреждение здравоохранения будет получать средства из федерального бюджета за согласованные объемы медицинской помощи, которые государство в состоянии оплатить. Эти объемы могут составлять лишь часть мощности учреждения, но будут оплачиваться по полному тарифу, возмещающему все необходимые издержки. Остальная же часть мощности учреждения может быть на легальной основе использована для ока-

зания медицинской помощи, оплачиваемой из средств обязательного и добровольного медицинского страхования, и для предоставления платных услуг населению.

Разрешение федеральным клиникам действовать таким образом следует зафиксировать в постановлении Правительства РФ «О финансировании организаций здравоохранения федерального подчинения».

4. Внедрить процедуры совместного планирования Минздравом РФ и органами здравоохранения субъектов РФ оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи.

Необходимо установить порядок координации планов финансирования федеральных клиник из федерального бюджета с планами финансирования из бюджетов субъектов РФ деятельности государственных учреждений здравоохранения, оказывающих высокотехнологичные виды медицинской помощи. Такая координация даст возможность оценить возможности региональных систем здравоохранения и более точно определить квоты каждого субъекта РФ в получении высокотехнологичных видов медицинской помощи, которые могут быть обеспечены федеральными клиниками и профинансированы из федерального бюджета.

Внедрение такого совместного планирования может быть обеспечено введением соответствующих положений в постановление Правительства РФ, которым утверждается программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

5. Перейти к финансированию федеральных клиник за счет средств обязательного медицинского страхования на основе тарифов, обеспечивающих возмещение всего перечня видов расходов, связанных с оказанием медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказываемой федеральными клиниками по договорам со страховщиками системы ОМС, должна производиться не по существующим усеченным тарифам ОМС, а по полным тарифам, утверждаемым для оплаты медицинской помощи, финансируемой из федерального бюджета.

Для реализации этого предложения потребуется внести изменения в нормативные документы Федерального фонда ОМС.

6. Внести изменения в формы отчетности федеральных учреждений здравоохранения и федеральных ведомств о расходовании финансовых средств.

Внедрение нового механизма финансирования федеральных клиник позволит получать данные о затратах и результатах их деятельности, которые

будут соотносимы друг с другом. Необходимо дополнить перечень форм отчетности федеральных учреждений здравоохранения и федеральных ведомств формой, содержащей данные о количестве пролеченных больных, количестве койко-дней, числе врачебных посещений, которые выполнены в счет средств, поступивших из разных источников (средств федерального бюджета, средств обязательного медицинского страхования, средств от оказания платных медицинских услуг от населения и от юридических лиц). В этом случае появится возможность сравнительного количественного анализа эффективности использования различных видов ресурсов в разных клиниках.

7. Изменить организационно-правовую форму федеральных учреждений здравоохранения.

Предложенный выше механизм финансирования федеральных клиник, соответствуя требованиям Бюджетного кодекса, будет представлять собой достаточно эклектичное сочетание разных принципов финансирования: целевого и сметного. Бюджетный Кодекс требует, чтобы в утверждаемой учреждению смете доходов и расходов были, в которой должны быть отражены все виды доходов учреждения. Учреждение здравоохранения должно следовать смете доходов и расходов, утвержденной Минздравом и Федеральным казначейством. В условиях умеренной инфляции и разной динамики роста цен на разные виды ресурсов (в частности, на медикаменты, расходные материалы, коммунальные платежи, медицинское оборудование) у учреждения здравоохранения будет неизбежно возникать потребность в перераспределении своих расходов по сравнению с первоначально утвержденной сметой. Но для этого оно должно добиться утверждения Минздравом и Федеральным казначейством изменений в смете доходов и расходов.

Сметное финансирование существенно ограничивает хозяйственную самостоятельность ЛПУ и вынуждает их прибегать к использованию теневых схем привлечения и расходования финансовых средств. Сам статус бюджетного учреждения, предполагающий использование сметного финансирования, не обеспечивает той меры хозяйственной самостоятельности производителей медицинских услуг, которая необходима для актуализации их экономического интереса к рациональному хозяйствованию.

Для того, чтобы обеспечить последовательный переход к целевому бюджетному финансированию федеральных организаций здравоохранения и гарантировать им определенную самостоятельность в принятии хозяйственных решений, необходимо изменение самого правового статуса медицинского учреждения. Наиболее перспективным представляется вариант трансформации существующих лечебно-профилактических учреждений и их обособлен-

ных подразделений в новую организационно-правовую форму – государственную (муниципальную) некоммерческую организацию (*Кушитанина и др., 2000*).

Искомая организационно-правовая форма характеризуется следующими главными признаками:

- организация является некоммерческой, основная цель ее деятельности не связана с извлечением прибыли; предмет и цели деятельности определяются в уставе;
- учредитель наделяют организацию имуществом на праве хозяйственного ведения, а не оперативного управления, как в случае учреждения; на такую организацию не распространяется понятие бюджетного учреждения, определенное в Бюджетном кодексе, и соответственно не распространяются требования Бюджетного кодекса о финансировании ее деятельности по смете доходов и расходов;
- ключевую роль в управлении организацией играет наблюдательный (попечительский) совет, формируемый учредителями с привлечением общественности; он контролирует направления и масштабы деятельности организации, утверждает ее финансовый план;
- финансирование деятельности организации со стороны учредителей и других покупателей в системе общественного здравоохранения осуществляется на основе договоров;
- прибыль направляется на развитие основной деятельности организации и не может быть распределена в пользу учредителей;
- организация обязана предоставлять населению бесплатную медицинскую помощь в соответствии с программой государственных гарантий; в то же время она вправе оказывать платные услуги, отвечающие предусмотренным в уставе предмету и целям деятельности; цены и другие условия оказания платных услуг находятся под контролем наблюдательного совета.

Введение новой организационно-правовой нормы позволит обеспечить эффективное функционирование основной части государственных и муниципальных организаций здравоохранения. Вместе с тем для отдельных организаций, таких как военные госпитали, санитарно-эпидемиологические станции и др., целесообразно сохранить статус учреждения, поскольку здесь принципиально важно сохранить возможность управления деятельностью этих организаций со стороны вышестоящих органов управления.

Создание такой новой формы некоммерческой организации потребует внесения изменений в Федеральный закон «О некоммерческих организациях» или принятия самостоятельного закона «О государственной (муниципальной)

некоммерческой организации». Потребуется также дополнения в Бюджетный кодекс, предусматривающие возможность использования бюджетных средств для финансирования деятельности государственных (муниципальных) некоммерческих организаций по предоставлению социальных услуг, предусматриваемых государственными программами.

Список литературы

1. Правительство РФ. Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу. Одобрены на заседании Правительства Российской Федерации 28 июня 2000 г.
2. Министерство здравоохранения Российской Федерации. «О повышении эффективности использования финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения». Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук № 70/14 от 28.02.2000.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. «Об организации оказания высокотехнологичных (дорогостоящих) видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения федерального подчинения». Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации и Российской академии медицинских наук № 252/50 от 10.07.2000.
4. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Положение о финансовом взаимодействии и расходовании средств в системе обязательного медицинского страхования медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации и Российской академии медицинских наук. Утверждено Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации и Министерством финансов Российской Федерации 24.07.1996.
5. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Указания по обеспечению целевого и рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 07.08.1997 № 71 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обя-

- зательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 6. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998, сс.109-118.
6. Большакова Т.С. Совершенствование системы финансирования здравоохранения федерального подчинения в связи с проблемой повышения эффективности планирования и использования ресурсов. — Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 14-16.
 7. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении. — Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 5-11.
 8. Вялков А.И., Щепин В.О., Тишук Е.А., Проклова Т.Н. Лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения: анализ и оценка деятельности. М.: Гэотар-Медицина, 2000.
 9. Кузнецов П.П. Основные принципы и этапы подготовки учреждения здравоохранения федерального подчинения к расчетам с федеральным бюджетом «за пролеченного больного». — Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 21-25.
 10. Куштанина Е.В., Рудниик Б.Л., Шишкин С.В., Якобсон Л.И. Изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений. Доклад подготовленный для Проекта поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения Бостонского университета. М., 2000 г.
 11. Хальфин Р.А. Оптимальное использование основных фондов учреждений здравоохранения федерального подчинения и проблемы привлечения внебюджетных источников финансирования. — Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 17-18.
 12. Царегородцев А.Д. Оптимизация работы учреждения здравоохранения федерального подчинения. — Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 28-29.
 13. Шейман И.М. Анализ системы финансирования и управления федеральными медицинскими учреждениями. — Доклад, подготовленный для проекта Тасис «Российская Федерация: Поддержка управления системой здравоохранения». М., 1999.
 14. Шишкин С.В. Новые требования к системе финансирования медицинских учреждений федерального подчинения. Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 26-27.
 15. Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1995.

ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА
Серия «Научные труды»

- №28 *Некоторые проблемы денежно-кредитной политики в переходной экономике*, Сборник статей, Москва 2001
- № 27 С. Дробышевский, А. Золотарева, П. Кадочников, С. Синельников «*Перспективы создания стабилизационного фонда в РФ*», Москва 2001
- № 26 «*Посткоммунистическая Россия в контексте мирового социально-экономического развития. Материалы международной конференции*», 2001
- № 25 С. Шишкин "*Реформа финансирования российского здравоохранения*" Москва, ИЭПП, 2000
- № 24 "*Совершенствование межбюджетных отношений в России*" Москва 2000
- № 23 М. Матовников "*Функционирование банковской системы России в условиях макроэкономической нестабильности*" Москва 2000
- № 22 Эндрю Добсон "*Долг и инвестиции для субъектов российской федерации*" Апрель 2000 года
- № 21 Л. Михайлов, Л. Сычева, Е. Тимофеев "*Банковский кризис 1998 года в России и его последствия*" Москва 2000
- № 20 "*Некоторые актуальные вопросы аграрной политики в России.*" Москва, 2000)
- № 19 "*Проблемы налоговой системы России: теория, опыт, реформа.*" (в 2-х томах), 2000
- № 18 Материалы научной конференции на тему "*Финансовый кризис: причины и последствия*". Москва, 2000
- № 17 С. Дробышевский *Анализ рынка ГКО на основе изучения временной структуры процентных ставок* Москва, 1999
- № 16 *Государственное регулирование экономики: опыт пяти стран.* Москва, 1999
- № 15 *Некоторые политэкономические проблемы современной России.* Москва, 1999

- № 14 С. Дробышевский **Обзор современной теории временной структуры процентных ставок. Основные гипотезы и модели.** Москва, 1999
- № 13 Е. Гайдар **Наследие социалистической экономики: макро- и микро-экономические последствия мягких бюджетных ограничений.** Москва, 1999
- № 12 А. Радыгин, Р. Энтов **Институциональные проблемы развития корпоративного сектора: собственность, контроль, рынок ценных бумаг.** Москва, 1999
- № 11 **Реформирование некоторых отраслей социальной сферы России.** Москва, 1999
- № 10 **Коммунистическое правительство в посткоммунистической России: первые итоги и возможные перспективы.** Москва, 1999
- № 9-1 В. Мау "ЭКОНОМИКА И ПРАВО" **Конституционные проблемы экономической реформы посткоммунистической России,** Москва, 1998
- № 9 **«Средний класс в России».** Сборник докладов. Москва, 1998
- № 8 **Политические проблемы экономических реформ: сравнительный анализ.** Сборник докладов, Москва, 1998
- № 7 С.Г. Синельников-Мурылев, А.Б. Золотарева **Роль Правительства и Парламента в проводимой бюджетной политике в постсоветской России.** Москва, 1998
- № 6 **Финансово-экономические проблемы военного строительства и пути их решения.** (материалы научно-практической конференции). Москва, 1998
- № 5 А.П. Вавилов, Г.Ю. Трофимов **«Стабилизация и управление государственным долгом России»**
- № 4 **Либерализация и стабилизация - пять лет спустя.** Сборник докладов. Москва, 1997
- № 3 **Пять лет реформ.** Сборник статей. Москва, 1997
- № 2 **Посткоммунистическая трансформация: опыт пяти лет.** Сборник докладов. Москва, 1996
- № 1 В. Мау, С. Синельников-Мурылев, Г. Трофимов **Макроэкономическая стабилизация, тенденции и альтернативы экономической политики России.** Москва, 1996