

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т. А. КУЛЬВИНСКАЯ

**ПЛАНИРОВАНИЕ
И ФИНАНСИРОВАНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В СОВРЕМЕННЫХ
УСЛОВИЯХ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 6 курса всех факультетов
высших медицинских учебных заведений**

Гомель 2008

УДК 614.2
ББК 5
К 90

Автор:
Т. А. Кульвинская

Рецензенты:
начальник планово-экономического отдела
Управления здравоохранения Гомельского облисполкома *Т. А. Павлюк*;
кандидат экономических наук, доцент кафедры общественного здоровья
и здравоохранения Гомельского государственного медицинского
университета *Л. М. Злотникова*

Кульвинская, Т. А.
К 90 Планирование и финансирование здравоохранения в современных условиях: учеб.-метод. пособие для студентов 6 курса всех факультетов высших медицинских учебных заведений / Т. А. Кульвинская. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 20 с.
ISBN 978-985-506-097-1

Предназначено для проведения занятий по экономике здравоохранения со студентами неэкономических специальностей. В доступной форме изложены основные понятия по экономике, позволяющие разбираться в экономических явлениях повседневной жизни, оценивать складывающуюся ситуацию в национальной и мировой экономике.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 4 января 2008 г., протокол № 1

**УДК 614.2
ББК 5**

ISBN 978-985-506-097-1

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время специалист любой отрасли, в том числе и сферы медицинского обслуживания населения, не может полностью реализовать себя без основательных экономических знаний. Все более возрастает потребность изучения будущими специалистами здравоохранения основ его планирования и финансирования. Это продиктовано теми задачами, которые стоят перед здравоохранением — повышение эффективности его работы при экономном и рациональном использовании государственных инвестиций, внедрение новых хозяйственных форм и методов управления.

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ

Приобретение студентами теоретических знаний и практических навыков, касающихся порядка планирования и использования финансовых ресурсов здравоохранения, организации бюджетного и внебюджетного финансирования учреждений здравоохранения.

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ

Позитивная и нормативная экономика — основные сходства и различия. Роль экономики в жизни общества на различных этапах его развития. Экономические проблемы современного этапа функционирования общественного производства. Место человека в системе экономики.

ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ

Студенты должны *знать*:

— основные положения Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы;

— нормы и нормативы, используемые в здравоохранении, в том числе для планирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению;

— основные принципы деятельности организаций здравоохранения, финансируемых за счет средств государственного бюджета в сочетании с реализацией платных услуг;

— мировые системы финансирования здравоохранения;

— основные принципы нового хозяйственного механизма в здравоохранении Республики Беларусь;

— существующие системы и способы оплаты труда.

Студенты должны *уметь*:

— правильно использовать методы планирования;

— на основе собранных данных производить расчет потребности населения в медицинской помощи;

— анализировать хозяйственную деятельность учреждения здравоохранения, давать прогнозную оценку выполнению плановых показателей;

— на основе норм и нормативов проводить расчет потребности организации в том или ином виде ресурсов.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

1. Основные понятия и категории рыночной экономики.
2. Показатели деятельности стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений.
3. Организационно-правовые формы медицинской деятельности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Что понимается под планированием здравоохранения?
2. Каковы задачи планирования здравоохранения?
3. Основные методы планирования здравоохранения.
4. Для чего рассчитывается «функция врачебной должности»?
5. За счет чего осуществляются поступления в бюджет государства?
6. Этапы составления бюджета.
7. В чем заключается суть механизма финансирования организаций здравоохранения республики?
8. Что включает в себя система минимальных социальных стандартов?
9. Как определяется величина норматива бюджетной обеспеченности?
10. В чем заключается организующее значение экономической классификации расходов бюджета?
11. Что такое смета расходов? Каковы основные статьи сметы расходов медицинского учреждения?
12. Основные виды нормативов в здравоохранении.
13. Как организуется финансовая деятельность учреждения путем безналичных расчетов?
14. В чем заключается ответственность распорядителя кредитов учреждения?
15. В каких случаях производится передвижение кредитов учреждения?
16. Внебюджетные источники поступления средств в здравоохранение.
17. Чем характеризуется тарифная система оплаты труда?

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

ПЛАНИРОВАНИЕ, ЕГО РОЛЬ И ЗАДАЧИ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ВИДЫ ПЛАНОВ. МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ

Планирование здравоохранения — плановая разработка системы мероприятий по медицинскому обслуживанию населения, направленных на повышение уровня здоровья, активной средней продолжительности жизни; улучшение качества и эффективности лечебно-профилактической помощи.

Важность и значимость планирования здравоохранения обусловлена возрастающей потребностью населения в медицинской помощи, что связано с изменением возрастного состава населения, характером и структурой заболеваемости, спецификой социально-экономических процессов.

Планирование здравоохранения на современном этапе развития государства носит индикативный (рекомендательный) характер, который заключается в разработке системы планов, прогнозов и программ, отражающих различные стороны деятельности медицинских учреждений.

Задачи планирования здравоохранения определены в Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы:

1. Основой планирования должны быть потребности населения прикреплённой территории в определенных видах услуг.

2. Объемы медицинских услуг, предоставляемых лечебно-профилактическими учреждениями, должны быть основными показателями деятельности субъектов хозяйствования в данной отрасли.

3. На основании объемов медицинских услуг в расчете на одного жителя необходимо определять финансовые, трудовые и материальные ресурсы здравоохранения.

Народнохозяйственные планы подразделяются на территориальные и отраслевые. Планы здравоохранения являются прежде всего отраслевыми.

По срокам исполнения планы делятся на текущие и перспективные. Текущие планы рассчитаны на один год и являются составной частью перспективных планов. Перспективные планы в последние годы имеют в качестве основы концепции развития здравоохранения (Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы).

К основным методам планирования здравоохранения относятся следующие:

1. Аналитический метод. Используется для оценки исходного и достигнутого уровней при сопоставлении плана и анализе его выполнения. С помощью аналитического метода определяется обеспеченность населения врачебным и средним медицинским персоналом, больничными койками; исчисляются объемные показатели медицинской помощи (процент госпитализации, среднее число посещений на одного жителя в год), анализируется функция больничной койки (оборот койки) и врачебной должности (среднее число посещений на одну врачебную должность в год).

2. Сравнительный метод — составная часть аналитического — дает возможность определить направление процессов развития. Аналитический и сравнительный методы используются для оценки различных показателей, например, заболеваемости, смертности и других, в пространстве и времени, т.е. при сопоставлении их с аналогичными показателями других территориальных зон или в динамике за ряд лет.

3. Балансовый метод. Применяется для обоснования правильных соотношений между планами развития здравоохранения в различных экономико-административных районах страны.

4. Экономико-математический метод.

5. Экспериментальный метод.

6. Нормативный метод применяется при составлении любого плана и основан на использовании соответствующих норм и нормативов медицин-

ской помощи. *Различают следующие группы основных нормативов в здравоохранении:*

- нормативы обеспеченности потребности населения в медицинской помощи;
- нормативы кадрового обеспечения;
- нормативы использования труда медицинских работников (нагрузка);
- нормативы материального обеспечения;
- финансовые нормативы.

МЕТОДИКА ПЛАНИРОВАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ

Правильное планирование амбулаторно-поликлинической сети имеет большое значение в связи с тем, что эти учреждения обеспечивают медицинским обслуживанием большую часть населения, нуждающегося в лечении (примерно 80%).

Норматив потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи составляет 11,5 посещений на 1 жителя в год.

Расчет потребности населения в амбулаторно-поликлиническом обслуживании может выполняться по формуле:

$$П = А \times Кп + Д + Пр, \quad (1)$$

где ***П*** — число посещений населением врачей в амбулаторно-поликлинических учреждениях (на 1000 населения);

А — уровень заболеваемости (обращаемость на 1000 населения);

Кп — коэффициент повторности посещений с лечебной целью на 1 заболевание по данной специальности;

Д — число диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;

Пр — число посещений по профилактическому обслуживанию.

Нормы нагрузки персонала учреждений здравоохранения, наряду с потребностью населения в медицинской помощи, являются основными показателями при планировании численности врачебных кадров. Главным понятием здесь является «врачебная должность». Под ней понимают определенный объем работы (нагрузка) врача за год, оказывающего помощь на дому и ведущего амбулаторный прием. По каждой отдельной специальности рассчитывается «функция врачебной должности» — плановая и фактически выполненная функция по итогам работы за прошедший год.

Плановая функция врачебной должности определяется числом посещений (в поликлинике на приеме, на дому и при профосмотрах), которое должно быть выполнено одной врачебной должностью определенной специальности в течение календарного года по формуле:

$$Ф = Б \times С \times Г, \quad (2)$$

где ***Ф*** — функция одной врачебной должности данной специальности;

B — нагрузка врача данной специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому на разных видах работ;

C — число часов работы по приему, на профосмотрах и на дому;

Г — число рабочих дней в году.

Плановая функция врачебной должности используется при планировании числа врачебных должностей для амбулаторно-поликлинического обслуживания населения с целью определения потребности во врачебных должностях по отдельным специальностям:

$$B = \frac{L \times H}{\Phi}, \quad (3)$$

где ***B*** — число врачебных должностей для амбулаторно-поликлинической помощи;

L — нормативное число поликлинических посещений на 1 жителя в год (таблица 1);

H — численность населения планируемой территории;

Φ — функция врачебной должности.

Формула (3) устанавливает абсолютную потребность во врачебной должности определенной специальности амбулаторно-поликлинической сети.

МЕТОДИКА ПЛАНИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

При планировании стационарной помощи определяется потребность населения в койках, а измерителем этой потребности считается число коек на 1000 обслуживаемого населения.

Таблица 1 — Нормативы стационарной помощи населению

Специальность	Число коек на 1000 населения
Терапия	2,3
Педиатрия	1,21
Хирургия	0,97
Акушерство и гинекология	0,7–0,8
Неврология	0,4
Дерматовенерология	0,3
Фтизиатрия	2,0
Психиатрия	1,73

Для того, чтобы правильно рассчитать потребность населения в стационарной помощи, необходима следующая информация.

1. Уровень обращаемости населения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения, в связи с заболеваниями на 1000 населения. Обращаемость населения за медицинской помощью отражает уровень заболеваемости.

2. Уровень госпитализации. Располагая данными об обращаемости можно определить нуждаемость больных в госпитализации, которая определяется в процентах к числу амбулаторно-поликлинических обращений.

3. Среднегодовая занятость койки. По установленным нормам больничная койка в году должна ориентировочно функционировать: в городе — 340 дней и в сельской местности — 310 дней. На этот показатель влияют такие факторы, как простой койки из-за смены больного, ремонт больницы, обработка палат. На это уходит 25–45 дней в году.

4. Среднее число дней пребывания больного на койке. Этот показатель установлен в среднем на уровне 11,8–12,5 дней и дифференцируется по профилям коек.

Потребность населения в больничных койках определяется по следующей формуле:

$$K = \frac{A \times \Pi \times P}{D \times 100}, \quad (4)$$

Где K — требуемое число среднегодовых коек (искомая величина) на 1000 населения;

A — уровень обращаемости (заболеваемости) на 1000 населения;

Π — показатель госпитализации на 100 обратившихся за медицинской помощью (процент отбора больных на койку);

P — среднее число дней пребывания больного на койке;

D — плановое число дней использования (занятости) койки в году.

Так определяется потребность в койках разного профиля с учетом дифференцированных показателей обращаемости и отбора на койку по каждой специальности. Заметим, что «число коек» является показателем мощности стационара.

Расчет потребности во врачебных кадрах ведется следующим образом:

$$\text{Число врачей для стационара} = \frac{\text{Число коек в стационаре}}{\text{Число коек на одного врача}}. \quad (5)$$

БЮДЖЕТ И ЕГО ВИДЫ

Бюджет — это составляемая ежегодно, сбалансированная роспись (смета) доходов и расходов. Государственный бюджет — фонд денежных средств для финансирования учреждений здравоохранения, образования, науки, культуры, обороны и других учреждений бюджетной сферы.

Бюджет имеет доходную и расходную части. Бюджет — основной финансовый план, предусматривающий доходы и расходы государства на предстоящий год. Доходы показывают источники поступления денежных средств, а расходы — направление этих средств на общегосударственные нужды.

Бюджет должен планироваться с превышением доходной части над расходной. Поступления в бюджет нашей страны осуществляются за счет

налогов и прибылей народного хозяйства (промышленности, сельского хозяйства, внешней и внутренней торговли государственных структур), за счет налогов от населения и негосударственных организаций:

- индивидуальной трудовой деятельности;
- работы малых и арендных предприятий;
- лизинговых компаний;
- акционерных обществ;
- обществ с ограниченной ответственностью;
- совместных предприятий и т.д.

В повышении производительности труда важную роль должно сыграть здравоохранение как существенный экономический потенциал. В то же время уровень развития сферы материального производства определяет величину ресурсов, выделяемых на государственную систему здравоохранения. Таким образом, повышение уровня здоровья населения и экономическое развитие страны — взаимосвязанные процессы.

Бюджетная система организована в соответствии с государственным устройством. Согласно Конституции каждый орган государственной власти устанавливает свой бюджет, обеспечивающий выполнение возложенных на него задач. Госбюджет составляется на 1 год — с 1.01 по 31.12. Этот период называется бюджетным. В состав Государственного бюджета входят: республиканский бюджет и местные бюджеты.

Республиканский бюджет находится в ведении Совета Министров и обеспечивает расходы по финансированию важнейших отраслей народного хозяйства и социально-культурных мероприятий, имеющих общереспубликанское значение, а также расходы по организации обороны страны, государственной безопасности и развитию национальной культуры.

Местные бюджеты находятся в ведении местных Советов депутатов, составляют финансовую базу и призваны удовлетворять потребности хозяйственного и культурного строительства на местах. В соответствии со структурой органов государственной власти в регионах местные бюджеты подразделяются на следующие:

- областные;
- городские;
- районные;
- бюджеты рабочих поселков;
- бюджеты сельских Советов.

Бюджетная процедура в своем развитии обязательно проходит четыре этапа: составление, рассмотрение, утверждение и исполнение. **Этапы составления бюджета следующие:**

1. Анализ отчетных данных за истекший финансовый год.
2. Оценка ожидаемого исполнения текущего года.
3. Составление проекта бюджета на планируемый финансовый год.

Такой порядок полностью распространяется на каждое бюджетное учреждение.

СОВРЕМЕННЫЕ ФИНАНСОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ ХОЗЯЙСТВОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ. СИСТЕМА МИНИМАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ

Экономические методы управления все шире внедряются в систему здравоохранения.

В 2003 году осуществлен переход от планирования финансовых средств по сетевым показателям к планированию, основанному на нормативах бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя, с разработкой и реализацией территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Это означает, что средства на здравоохранение выделяются исходя не из количества занятых в отрасли работников и других промежуточных показателей, а из количества населения, которое может нуждаться в медицинской помощи.

В деятельности учреждений здравоохранения прочно вошло в практику сочетание бюджетного финансирования с выполнением работ по договорам с предприятиями и организациями на хозрасчетной основе и оказанием платных услуг населению.

Создаются условия для развития самостоятельности и инициативы трудовых коллективов учреждений здравоохранения в решении основных вопросов производственной деятельности и социального развития.

С учетом этого разработана Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы, определяющая новую медико-экономическую модель; постановлением Совета Министров РБ от 31.08.06 № 1116 утверждена Программа развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы.

Для эффективного и рационального использования финансовых ресурсов здравоохранения и в целях реализации конституционных прав граждан Беларуси на получение медицинской помощи за счет средств государственного бюджета Советом Министров утверждены следующие минимальные социальные стандарты по обслуживанию населения республики:

1. Норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на 1 жителя на 2007 год (с учетом средств на ликвидацию последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС):

- в среднем по республике — 432612 рублей;
- по Гомельской области — 351652 рубля.

Величина норматива бюджетной обеспеченности определяется ежегодно при формировании бюджета на планируемый год Минфином совместно с Минздравом для областей и в среднем по республике. Она должна обеспечивать возмещение материальных и приравненных к ним затрат учреждений здравоохранения, в том числе на оказание медицинской помощи, формирование средств на оплату труда работников и создание необходимой материально-технической базы.

2. Норматив обеспеченности врачами общей практики, участковыми врачами (терапевтами и педиатрами суммарно) — 1 врач на 1300 жителей.

3. Норматив обеспеченности койками — 9 коек на 1000 жителей с учетом всех уровней (районного, областного и республиканского).

4. Норматив обеспеченности аптеками — 1 аптека на 8000 жителей.

5. Норматив обеспеченности врачебными, фельдшерскими и специализированными бригадами скорой медицинской помощи (суммарно) — 1 бригада скорой медицинской помощи на 12000 жителей.

На основе минимальных социальных стандартов в областях, городах и районах разрабатываются и утверждаются областные, городские и районные территориальные программы государственных гарантий. Эти программы предусматривают предоставление амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи, а также дополнительных (по отношению к гарантированному минимуму) объемов и видов медицинской помощи за счет средств бюджета соответствующей административно-территориальной единицы. Территориальная программа содержит территориальные нормативы по конкретным объемам медицинской помощи и плановые показатели их финансового обеспечения.

Местными исполнительными и распорядительными органами могут выделяться дополнительные финансовые средства (сверх средств, утвержденных по нормативу бюджетной обеспеченности расходов на одного жителя) на расширение объемов и видов медицинской помощи.

Порядок использования финансовых средств определяется сметой расходов.

СМЕТА РАСХОДОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Смета — финансовый план расходов учреждения на календарный год. Она включает все расходы в планируемый период. Смета учреждения является основным финансовым документом, определяющим общий объем, целевое направление и поквартальное распределение средств, выделяемых на его содержание.

Смета расходов составляется в соответствии с бюджетной классификацией расходов, которая утверждена Законом Республики Беларусь от 05.05.1998 г. №158—3. Бюджетная классификация — установленный порядок расположения бюджетных расходов по определенным однородным признакам (разделам, параграфам и статьям). Бюджетная классификация имеет важное значение в организации бюджетного планирования. Она позволяет единообразно учитывать доходы и расходы бюджета, составлять отчетность об использовании бюджета, осуществлять контроль и анализ по каждому виду доходов и расходов.

Проект сметы расходов медицинского учреждения на предстоящий год составляется в мае – июне бухгалтерско-экономической службой под

руководством главного врача. К составлению проекта сметы привлекаются заместители главного врача и заведующие отделениями. Особое внимание обращается на более полное использование имеющихся в учреждении резервов. Проект сметы должен максимально точно отражать действительную потребность учреждения в финансировании. Исходными материалами для составления проекта сметы являются объем деятельности учреждения, определенный планом его развития и установленные нормативы и нормы расходов.

Различают нормативы следующих видов: финансовые (ставки заработной платы, нормы командировочных расходов, расходов на питание и др.) и материальные (нормативы мягкого инвентаря, мебели, хозяйственного оборудования, лекарственных и перевязочных средств, транспорта и т.д.). Финансовые нормативы делятся на обязательные (утверждаемые вышестоящей организацией) и необязательные (расчетные). Обязательные нормативы (ставки заработной платы, нормы расходов на питание и медикаменты и др.) не разрешается занижать или превышать. Необязательные нормативы (нормы расходов на отопление, освещение, стирку белья, хозяйственные принадлежности) могут быть изменены в зависимости от особенностей хозяйства медицинского учреждения. Они базируются на фактических расходах за ряд истекших лет, утверждаются руководителем организации и согласовываются с вышестоящим органом управления.

Расходы учреждения здравоохранения состоят из текущих и капитальных расходов. К текущим расходам относятся:

Статья 10.01.00 — «Оплата труда рабочих и служащих» — занимает основное место в расходах медицинского учреждения (50–60% расходов). Фонд заработной платы на планируемый год определяется запланированным количеством штатных должностей (врачи, средние и младшие медицинские работники, административно-хозяйственный и технический персонал) и месячными ставками заработной платы с учетом устанавливаемых надбавок и повышений, а также премии и материальной помощи. В фонд заработной платы включается оплата за работу в праздничные дни, оплата ночных дежурств и т.д. Кроме того, устанавливается фонд зарплаты нештатного состава для оплаты по трудовым соглашениям работникам, привлекаемым со стороны для выполнения отдельных разовых работ.

Статья 10.02.00 «Начисления на оплату труда». По этой статье планируются расходы, связанные с социальным страхованием и социальным обеспечением (временная нетрудоспособность, пособия на детей, пенсии и др.)

Законодательством предусмотрены:

- отчисления в государственный фонд социальной защиты населения — 35% от фонда заработной платы;
- страховой взнос по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний — 0,2% от фонда заработной платы.

Статья 10.03.01 «Канцелярские и хозяйственные расходы» состоит из расходов на:

- канцелярские товары;
- подписку на периодические издания;
- стирку белья;

— приобретение предметов и материалов на хозяйственные цели. Все расходы по этой статье должны быть точно обоснованы.

Статья 10.03.02 «Медикаменты и перевязочные средства». Кроме медикаментов и перевязочных средств по этой статье проходят расходы на бактериологические препараты, сыворотки, вакцины, дезинфицирующие средства, кровь для переливания.

Статья 10.03.03 «Мягкий инвентарь и обмундирование». В основу расходов по этой статье положены нормативы белья на одну койку. Расчет ведется по табелю оснащения с учетом ежегодной амортизации белья.

Статья 10.03.05 «Прочие расходные материалы». По этой статье отражаются расходы на приобретение материалов для зубного протезирования, протезирования клапанов сердца, внутренних имплантантов, наборов пластин для остеосинтеза костей, рентгеновской пленки, шприцев, реактивов, мелкого медицинского инструментария и другие расходы.

Статья 10.03.04 «Продукты питания». При исчислении расходов по этой статье следует исходить из стоимости питания одного больного в день умноженной на число запланированных койко-дней. Общая сумма расходов по этой статье составляет примерно 15–20% бюджета больницы.

Статья 10.04.00 «Командировки и служебные разъезды». По этой статье предусматривают ассигнования на оплату проезда, суточных и квартирных при командировках, оплату расходов по служебным разъездам.

Статья 10.05.00 «Оплата транспортных услуг». Сюда относят расходы на содержание, наем и ремонт транспорта.

Статья 10.06.00 «Оплата услуг связи» — оплата услуг телефонной связи, почтовых отправок, услуг за пользование Internet.

Статья 10.07.00 «Оплата коммунальных услуг» состоит из расходов на отопление, освещение, водоснабжение, пожарную охрану и прочих. Установить единые нормы расходов по этой статье для всех учреждений невозможно, так как они зависят от конкретных условий и особенностей работы учреждения. Например, расходы на отопление зависят от системы отопления, вида топлива, расходы на освещение — от характера освещения и количества осветительных точек и пр.

Капитальные расходы включают:

Статья 40.01.00 «Приобретение оборудования и предметов длительного пользования». По этой статье проходят расходы на приобретение мебели, медицинского оборудования и др. Планирование данной статьи расходов осуществляется на основании государственных программ: Программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы, Национальной программы демографической безопасности на 2007–2010 годы.

Статья 40.03.00 «Капитальный ремонт». Расходы по этой статье планируются в соответствии с утвержденной технической сметой.

Обоснование сумм расходов по каждой статье сметы производится в приложениях к ней.

Смета медицинского учреждения утверждается руководителем учреждения и вышестоящей организацией. После утверждения она становится законом финансовой деятельности учреждения.

ИСПОЛНЕНИЕ БЮДЖЕТА (СМЕТЫ). ПЛАТЕЖНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Учреждению здравоохранения в отделении одного из государственных банков открывается текущий счет. На него в соответствии с утвержденной сметой и поквартальной разбивкой поступают средства (бюджетные кредиты). Открытием кредитов называется предоставление распорядителям кредитов права на получение средств и производство расходов по смете. Руководители, которым предоставлено право распоряжаться бюджетными ассигнованиями (кредитами), называются распорядителями кредитов. Распорядителем кредитов в медицинском учреждении является главный врач. Он несет ответственность за правильное, рациональное расходование государственных денежных средств.

Ответственность за целевое использование бюджетных средств, выделенных по смете расходов, устанавливается в соответствии с Законом о бюджетной системе Республики Беларусь.

Учреждения здравоохранения осуществляют финансовую деятельность путем безналичных расчетов. Безналичные расчеты — денежные платежи, совершаемые путем перечислений денег со счетов плательщика на счета получателей.

Они имеют ряд преимуществ по сравнению с платежами наличными деньгами:

— экономия издержек обращения, т. к. при этих расчетах отпадают расходы на перевозки, пересчет и хранение наличных денег;

— сокращение времени расчетов;

— лучшие условия для контроля, осуществляемого Нацбанком на основе документов, по которым производятся платежи.

Основными документами, обязывающими банк произвести безналичную денежную операцию, являются:

— расчетные чеки;

— платежные требования плательщиков;

— платежные требования поставщиков.

Расчетный чек — банковский документ, которым распорядитель кредита (плательщик) предписывает банку списать со своего текущего счета и перевести указанную сумму на текущий счет другого учреждения — поставщика.

Подписывается руководителем, главным бухгалтером и ставится гербовая печать. Расчетный чек сохраняет силу в течение 10 дней со дня его выдачи.

Платежное поручение — письменное распоряжение клиента банку о списании со своего расчетного счета и безналичном перечислении определенных сумм на счета получателя средств.

Платежное требование — это расчетный безналичный документ, выписываемый поставщиком на основании расчета или накладной, его требование к плательщику оплатить отпущенные ему товары или предоставленные услуги. Операция банка по взысканию платежей в пользу поставщиков называется инкассо.

Открываемые кредиты должны быть использованы в строгом соответствии со сметными назначениями. Однако в процессе исполнения сметы может возникнуть необходимость внести изменения в утвержденные годовые суммы ассигнований по отдельным статьям сметы. Такие вопросы решаются путем передвижения кредитов. Передвижение кредитов заключается в увеличении или уменьшении (перераспределении) годовых и квартальных бюджетных ассигнований в пределах общей суммы расходов на год, за исключением ассигнований на заработную плату, начислений на заработную плату и капитальный ремонт. Передвижение кредитов производится вышестоящей организацией.

При уточнении бюджета в процессе его исполнения в связи с изменением условий оплаты труда, цен на товары и услуги плановые ассигнования подлежат индексации.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Государство с помощью законов определяет источники финансирования здравоохранения в зависимости от реальных возможностей страны. На здравоохранение (как и на другие отрасли народного хозяйства) идет определенная часть от валового внутреннего продукта (ВВП), выраженная в процентах от расходной части бюджета.

На 2007 год расходы на здравоохранение определены в сумме 3,87 трлн руб., что составляет 4,2% прогнозируемого объема валового внутреннего продукта. Согласно позиции ВОЗ здравоохранение страны может планомерно развиваться, если на него будет выделяться не менее 5% ВВП.

Одним из наиболее актуальных вопросов реформирования отечественной системы здравоохранения в настоящее время является не только повышение эффективности использования финансовых ресурсов, но и привлечение дополнительных источников финансирования. Министерство здравоохранения ежегодно доводит до подведомственных организаций план по привлечению внебюджетных источников финансирования, который составляет 5–10% к бюджетному финансированию.

Согласно закону «О здравоохранении» в Республике Беларусь финансирование государственного здравоохранения осуществляется из средств

республиканского и местного бюджетов. *Дополнительными источниками являются:*

а) доходы от коммерческой деятельности организаций здравоохранения, в том числе:

- платные услуги населению;
- лечение иностранных граждан;
- услуги по хоздоговорам с организациями;
- арендная плата;

б) средства медицинского страхования;

в) добровольные пожертвования физических и юридических лиц.

Основной дополнительный источник финансирования здравоохранения Республики Беларусь — платные медицинские услуги. В 2006 году по системе Минздрава их объем по отношению к 2005 году составил 110,5%. Доходы от внебюджетной деятельности возросли на 44,5 млрд руб.

В числе внебюджетных источников финансирования здравоохранения в Республике Беларусь рассматривается также добровольное медицинское страхование, которое начало развиваться в стране во второй половине 90-х годов. Его расценивают как один из важнейших элементов системы рыночных отношений в здравоохранении. Главным принципом регулирования процесса предоставления медицинских услуг в рамках добровольного медицинского страхования является экономическая выгода для всех его участников. То есть здесь присутствует заинтересованность как потребителя медицинских услуг в сохранении и поддержании собственного здоровья, так и страховой медицинской организации, для которой экономия средств страховщика возможна при условии применения в своей деятельности профилактических программ обследования и снижения уровня риска заболевания.

В мировой практике наряду с добровольным медицинским страхованием получило развитие, причем в значительно больших масштабах обязательное медицинское страхование. В Республике Беларусь этот вопрос пока не рассматривается. Для реального введения системы обязательного медицинского страхования необходима прежде всего разработка основ ее функционирования: правовой, экономической и организационной.

В настоящее время существенным источником поступления дополнительных средств в отечественное здравоохранение является гуманитарная помощь как отдельных государств, так и международных организаций, таких как Всемирная организация здравоохранения, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) и других.

ОПЛАТА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В Республике Беларусь для оплаты труда работников бюджетной сферы, в том числе и медицинских работников, используется тарифная система оплаты труда. Важнейшим ее элементом является единая тарифная сетка (ЕТС), которая представляет собой совокупность квалификационных

разрядов и соответствующих им тарифных коэффициентов. Тарифный (квалификационный) разряд характеризует уровень квалификации работника. Он зависит от степени сложности и точности выполняемых работ, а также ответственности работника. Эти требования заложены в профессиональных квалификационных характеристиках (требованиях), предусмотренных в тарифно-квалификационных справочниках. Тарифные коэффициенты показывают, во сколько раз тарифные ставки второго и последующих разрядов сетки выше ставки первого разряда. Врачи по тарификации распределены в 13–17 разрядах, средний медицинский персонал — в 9–13 разрядах ЕТС.

Месячные тарифные ставки определяются путем умножения тарифного коэффициента, определенного в зависимости от специальности и квалификации и тарифной ставки первого разряда, устанавливаемой Советом Министров РБ (с 1.11.2006 — 65000 рублей согласно Постановлению Совета Министров РБ № 1484 от 8.11.2006).

В соответствии с Постановлением Министерства труда РБ от 21.01.2000 № 6 «О мерах по совершенствованию условий оплаты труда работников организаций, финансируемых из бюджета» с изменениями и дополнениями к нему к тарифным окладам медицинских работников *устанавливаются следующие основные повышения и надбавки:*

1. За специфику труда. Повышение вводится к тарифным окладам врачей, рассчитанным в соответствии с ЕТС, в размерах от 10 до 40% в зависимости от врачебной специальности.

В целях совершенствования материального стимулирования врачей с 01.12.2005 установлены повышения тарифных окладов в размерах от 130 до 250% (в зависимости от квалификации и выполняемого медицинского вмешательства) врачам, имеющим высшую и первую квалификационные категории, осуществляющим высокотехнологичные и сложные операции, а также интенсивную терапию больных.

2. Повышение за стаж работы. Устанавливается в зависимости от стажа работы по специальности (в процентах от тарифного оклада):

— от 0 до 5 лет — 10%, от 5 до 10 лет — 15%, от 10 до 15 лет — 20%, от 15 и выше — 30%.

3. Надбавка за квалификационную категорию. Устанавливается специалистам, имеющим квалификационные категории (в процентах от оклада): за высшую квалификационную категорию — 30, за первую — 20, за вторую — 15.

4. Доплата за работу в ночное время. За каждый час работы в ночное время (с 22 до 6 часов) производится доплата в размере 40% часовой тарифной ставки (оклада) работника. На работах в чрезвычайных ситуациях — 55% часовой тарифной ставки (оклада), а работникам, осуществляющим экстренную и неотложную медицинскую помощь — в размере 70% часовой тарифной ставки (оклада) работника.

5. Повышение оклада за работу во вредных и опасных для здоровья условиях труда медицинским работникам производится согласно Перечню учреждений и должностей, работа в которых дает право на повышение окладов.

Руководители организаций в пределах фонда заработной платы имеют право:

— повышать тарифные оклады (ставки) руководителей, специалистов и служащих в размерах до 7 процентов;

— устанавливать доплаты за совмещение должностей или выполнение обязанностей временно отсутствующего работника в размерах до тарифной ставки (оклада) отсутствующего работника в зависимости от объема выполняемых работ;

— предусматривать средства на оказание материальной помощи в размере 5% планового фонда заработной платы штатных работников;

— устанавливать надбавки за высокие профессиональные, творческие, производственные достижения в работе, сложность и напряженность труда в размере до 50% оклада (ставки), направляя на эти цели 10% планового фонда заработной платы работников организации. Конкретные размеры надбавок определяются в зависимости от личного вклада работника в повышение эффективности выполняемых работ. Указанные надбавки не относятся к обязательным выплатам. Они являются материальным поощрением за достижение определенных количественных и качественных показателей;

— производить премирование работников, направляя на эти цели 20% планового фонда заработной платы и экономию средств, предусмотренных на оплату труда. Все вопросы, связанные с премированием работников, регулируются в соответствии с положением о премировании, являющимся приложением к коллективному договору между нанимателем и работниками. В положении предусматриваются показатели, условия и размеры премирования, его периодичность, упущения в работе, при наличии которых премия работникам не выплачивается либо уменьшается ее размер, а также возможности и условия для повышения размера премии отдельным работникам с учетом результатов их труда. Как правило, размер премий устанавливается в процентах к окладу работника.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММНЫХ ЦЕЛЕЙ ЗАНЯТИЯ

1. Изучить Концепцию развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы.

2. Изучить Закон «О бюджете Республики Беларусь на 2007 год».

3. Изучить методику формирования и распределения расходов на здравоохранение за счет норматива бюджетной обеспеченности.

4. Провести анализ источников финансирования учреждений здравоохранения и обозначить меры по привлечению дополнительных финансовых ресурсов.

5. Провести анализ действующей системы оплаты труда работников здравоохранения. Рассмотреть зарубежный опыт оплаты врачебных услуг.

ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. *Лисицын, Ю. П.* Общественное здоровья и здравоохранение: учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын. — М.: Издат. дом ГЭОТАР - МЕД, 2002. — 520 с.

2. Общественное здоровье и здравоохранение / Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. — М., 2003. — 520 с.

3. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. А. Ф. Серенко, В. В. Ермакова. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1984. — 640 с.

4. О бюджете Республики Беларусь на 2007 год: Закон Республики Беларусь от 29 декабря 2006 г. № 191–3: принят Палатой представителей 11 декабря 2006 г.: одобр. Советом Республики 20 декабря 2006 г.

5. О концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на 2003–2007 годы: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 08.10.2003 № 1276 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2003. — № 113.

6. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 18.07.2002 г. № 963 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2002. — № 84.

Дополнительная

1. *Конашук, Г. Д.* Рынок медицинских услуг Республики Беларусь в условиях глобализации / Г. Д. Конашук, В. Л. Тарасевич // Белорусский экономический журнал. — 2003. — № 1. — С. 33–36.

2. О совершенствовании механизма финансирования здравоохранения: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 10.08.2000 № 1225 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2000. — № 80.

3. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2007 год: приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь, 11.01.2007 № 15.

4. О мерах по совершенствованию условий оплаты труда работников организаций, финансируемых из бюджета и пользующихся государственными дотациями: постановление Министерства труда Республики Беларусь от 21.01.2000 № 6 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2000. — № 29.

5. О совершенствовании материального стимулирования отдельных категорий врачей: Указ Президента Республики Беларусь, 26.12.2005 г. № 619 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. — 2005.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1. Цель занятия	3
2. Задачи занятия	3
3. Требования к исходному уровню знаний	3
4. Контрольные вопросы из смежных дисциплин	4
5. Контрольные вопросы по теме занятия	4
6. Учебный материал	4
7. Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия	18
8. Литература	19

Учебное издание

Кульвинская Татьяна Александровна

**ПЛАНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 6 курса всех факультетов
высших медицинских учебных заведений**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*

Компьютерная верстка *А. М. Елисеева*

Подписано в печать 17. 01. 2008

Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,3. Тираж 100 экз. Заказ № 23

Издатель и полиграфическое исполнение

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5

ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

