Вячеслав ДОРОФЕЕВ,
кандидат экономических наук, доцент БГЭУ

НОВАЯ СИСТЕМА **СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

За последнее десятилетие правительство Беларуси приняло ряд мер для развития здравоохранения. Его финансовое обеспечение позволило создать стабилизирующие предпосылки для совершенствования работы отрасли. Характерны в этом отношении следующие данные:

в млрд. руб.

	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2010 г. (проект)
Расходы консолидированного бюджета на здравоохранение	2240	2964	3528	4325	5025	5621

Как известно, объем медицинских и оздоровительных потребностей общества практически не имеет верхнего предела потребления. Поскольку Конституцией Республики Беларусь закреплено право граждан на бесплатную медицинскую помощь, возникает необходимость в определении размеров государственной поддержки людей, нуждающихся в ней. В этой связи в октябре 1999 г. был принят Закон «О государственных минимальных стандартах». Во исполнение его Минздрав провел значительную работу по реформированию механизма финансирования здравоохранения. Утверждены «Положение о порядке исчисления норматива бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя», формы отчетов о выполнении территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Изменена методика планирования расходов при составлении сметы расходов (амбулаторно-поликлинических, стационарных и скорой медпомощи).

Для формирования цен на платные медицинские услуги предусматривалось использовать плановую себестоимость койко-дня, посещения врача, вызова скорой медицинской помощи. Таким подходом решался еще один из немаловажных вопросов – исчисление реальных затрат на медицинскую помощь, оказываемую иностранным гражданам, особенно в период обновления материальной базы организаций и внедрения высокотехнологичных видов здравоохранения.

Предполагалось, что страховые компании, которые заключили договоры с организациями на оказание медицинской помощи лицам, имеющим страховой полис, или лицам, не являющимся гражданами Республики Беларусь, смогут рассчитываться с ними по ценам, соответствующим реальным затратам. Однако отсутствие нормативной базы по исчислению себестоимости медицинских услуг не позволяет реально определиться с уровнем цен. У нас они значительно ниже, чем в других странах, хотя по оснащению многие структурные подразделения не уступают зарубежным аналогам.

Следует отметить, что в состав затрат, включаемых в стоимость нормо-часа на платную медицинскую услугу, входят заработная плата, начисления на нее, амортизация оборудования и накладные расходы (в процентах к основной заработной плате). В расчет процента накладных расходов включено много статей затрат. Кроме амортизации зданий и оборудования – оплата текущего их ремонта и технического обслуживания. Другими словами, если организация провела текущий ремонт здания и медицинского оборудования, то вся сумма включается в расчет процента накладных расходов, а если нет, то не включается. То есть накладные расходы будут из года в год резко изменяться, что, естественно, скажется на стоимости услуги. Этой же методикой в накладные расходы включены и затраты на приобре-

тение предметов для текущих хозяйственных целей, которые, как правило, подлежат использованию более года. Включен не износ, а полная стоимость их приобретения.

В методике исчисления процента накладных расходов не оговорено, по каким конкретно структурным подразделениям следует включать эксплуатационные расходы. Почему-то расходы на питание, износ мягкого инвентаря, медикаменты, перевязочные средства и т.п. вообще не включены в состав затрат для исчисления нормо-часа на платную услугу. Напрашивается вывод: эта методика не может применяться для исчисления стоимости одного дня пребывания больного в стационарном отделении больницы, поскольку указанные расходы не включены ни в состав затрат для исчисления стоимости нормо-часа, ни в расчет процента накладных расходов. А ведь по сути этого нельзя допускать, поскольку платные услуги должны учитывать все затраты.

Далее. Согласно методике, все расходы вспомогательных структурных подразделений (клинико-диагностическая лаборатория, рентгенкабинет, физиотерапевтическое отделение и т.д.) независимо от того, использовались их услуги при оказании медицинской помощи больному или нет, включаются в состав затрат в целом. Это происходит потому, что раздельный учет расходов в разрезе элементов бюджетной классификации, включая и коммунальные расходы, в больничной организации не ведется. На наш взгляд, целесообразнее организовать раздельный учет расходов по вспомогательным структурным подразделениям и только при их использовании включать затраты в стоимость оплаты.

В ПОСЛЕДНЕЕ время активно распространяется такой вид платной услуги, как пребывание пациента в палате повышенной комфортности. Ею могут воспользоваться все пациенты, независимо от гражданства, поскольку эта услуга относится к сверхнормативной. Согласно письму Министерства здравоохранения от 11.06.2007 г. № 03-3-09/1994 в расчет стоимости за пребывание в палате повышенной комфортности, кроме заработной платы медикам, амортизации мягкой мебели, бытовой техники и оборудования, включен износ мягкого инвентаря, малоценного инвентаря (предметов в составе оборотных средств). А ведь на практике износ на предметы в составе оборотных средств и мягкого инвентаря не начисляется. Возникает вопрос: на основании чего экономист (бухгалтер) должен включить эти средства в стоимость? В бухгалтерском учете они не отражаются. Включены также расходы за дополнительно потребляемую тепловую и электрическую энергию, а вот расходы за дополнительно потребляемое водоснабжение (как правило, в таких палатах есть отдельный санузел, ванна или душ) не включены. Если подразумевать, что они входят в прочие расходы, тогда в каком объеме их включать? Ведь эти расходы и по норме полагаются жителю республики, госпитализированному в больничную организацию.

В результате организации здравоохранения вынуждены компенсировать затраты, не включенные в стоимость услуги, за счет бюджетных средств. Занижение стоимости медицинских услуг, оказываемых иностранным гражданам, а также дополнительных услуг гражданам республики сверх установленных норм влечет к частичному покрытию затрат из бюджета, что сегодня и наблюдается. То есть в ущерб нашим гражданам, которым государство гарантирует минимальные стандарты в области здравоохранения.

По нашему мнению, внедрение новой системы финансирования здравоохранения потребует изменения экономической политики и затронет вопросы ценообразования. А переход на подушевой норматив создаст условия для определения стоимостных показателей всех составляющих лечебно-диагностического процесса при оказании медицинской помощи. Учитывая, что цена услуги выступает в качестве основного инструмента распределения ресурсов, выделяемых на здравоохранение, важное значение приобретает правильное ее формирование.

Министерство здравоохранения пытается изменить политику ценообразования. Разработаны и утверждены соответствующие законодательные акты. На их основании утверждена «Инструкция по составлению сметы расходов больничной организации, финансируемой за счет средств бюджета». Кстати, судя по отзывам практиков, это один из наиболее объективно отражающих реальность и прозрачность всех затрат нормативных документов по реформированию финансов здравоохранения.

Да, нормативно-правовая база создана. Она обеспечивает единый механизм расче-

та экономически обоснованных затрат, необходимых на оказание медицинской помощи, экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием наших граждан, определяет стоимостную оценку всех видов медицинской помощи. Предполагалось, что появится возможность получать сводную плановую и отчетную финансовую информацию. Однако ее до сих пор нет. Сегодня Минздрав не располагает никакими реальными сводными данными. Зачастую используются показатели об исполнении бюджета на здравоохранение. Вряд ли кто из специалистов финансово-экономических служб ответит на следующие вопросы. Сколько средств необходимо на здравоохранение? Сколько стоит один койко-день, одно посещение к врачу или один вызов службы «103», реализация программ специализированной медицинской помощи (туберкулез, онкология, кардиология и т.д.), а тем более – пересадка сердца, почки, печени?..

Следует также отметить, что в центральных районных больницах до 2007 года (момента введения в действие новой инструкции по составлению сметы расходов) составлялась единая смета, согласно которой не разделялись расходы на поликлинику, входящую в ее состав, стационар и отделение скорой медицинской помощи. Из-за отсутствия раздельного планирования и учета расходов на содержание поликлиник и стационаров и соответственно сводных данных на уровне Минздрава при исчислении норматива бюджетной обеспеченности в расчете на одного жителя сейчас используются, как нам представляется, необоснованные данные о стоимости одного койко-дня в стационаре и одного посещения к врачу амбулаторно-поликлинической помощи. В результате возникают вопросы о необъективности формирования бюджета на здравоохранение.

На наш взгляд, следует детально проанализировать Инструкцию Минздрава по составлению сметы расходов больничной организации от 14.03.2005 г. № 6, в которой была заложена методика исчисления нормативной себестоимости медицинской услуги по каждому конкретному исследованию, операции, отделению. В строгом соответствии с ней разработано программное обеспечение. Оно было одобрено специалистами Минздрава, зарегистрировано в БелЦМТ и установлено почти во всех организациях здравоохранения республиканского подчинения. Однако с середины 2006 года Минздрав без всяких на то оснований принял решение о нецелесообразности его внедрения. Взамен ничего нового не предложили. Спрашивается, зачем тогда утверждалась эта Инструкция?

СТРЕМЛЕНИЕ Министерства здравоохранения перейти к программно-целевому управлению отраслью пока не подтверждается практикой. Об этом свидетельствует новая Инструкция от 29.09.2008 г. № 153 по составлению сметы расходов больничной, амбулаторно-поликлинической организации, организации скорой медицинской помощи, финансируемых за счет средств бюджета. В ней полностью исключены понятия «нормативная и плановая себестоимость» медицинской помощи. Сводный расчет исчислить практически невозможно. Кроме того, из Инструкции полностью исключен порядок распределения расходов вспомогательных структурных подразделений (клинико-диагностическая лаборатория, кабинет (отделение) функциональной диагностики, рентгенкабинет (отделение) и т.п.). По-прежнему остаются открытыми следующие вопросы. Возможно ли добиться сравнительно низкой себестоимости медицинской помощи за счет концентрации оборудования и ресурсов? Как определить минимально достаточный (необходимый) объем медицинской помощи? Какая часть стоимости государственных обязательств сегодня покрывается за счет личных средств граждан? Насколько изменится структура расходов стационаров при переходе на многоуровневую систему обслуживания?

Перевод отечественного здравоохранения на новую систему стандартизации и учета медицинской деятельности, статистический анализ отрасли позволит Министерству финансов при составлении проекта республиканского бюджета на очередной финансовый год достаточно объективно рассчитать стоимость текущих государственных обязательств в области здравоохранения, а Минздраву иметь объективное представление о реальных затратах. И на этой основе приступить к оптимизации размеров и структуры лечебной сети. ■