

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ

**Кафедра финансов, инвестиций и инноваций**

**РАЗВИТИЕ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОБЛАСТНОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Магистерская диссертация магистранта**

**заочной формы обучения  
направления подготовки 380408 Финансы и кредит  
3 курса группы 06001478  
Калинкиной Натальи Викторовны**

Научный руководитель:  
д.э.н., профессор  
кафедры финансов,  
инвестиций и инноваций  
Флигинских Т.Н.

Рецензент:  
д.э.н., профессор кафедры  
учета, анализа и аудита  
Усатова Л.В.

БЕЛГОРОД 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
1.1. Экономическая сущность автономных учреждений и характеристика услуг кластера оздоровления.....	6
1.2. Правовые основы финансирования автономных учреждений.....	11
1.3. Зарубежный опыт эволюции моделей финансирования здравоохранения и ее реформ.....	26
ГЛАВА 2. ПРАКТИКА ФИНАНСИРОВАНИЯ ОБЛАСТНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (на примере ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»)	
2.1. Финансовая характеристика деятельности автономного учреждения здравоохранения.....	33
2.2. Динамика и структура источников финансирования .....	41
2.3. Финансовые результаты деятельности автономного учреждения.....	45
ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
3.1. Приоритетные направления развития источников финансирования здравоохранения.....	50
3.2. Инвестиционная привлекательность санаторно-курортного бизнеса.....	56
3.3. Совершенствование источников финансирования ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»».....	62
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	74
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	79
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	89

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность** заключается в том, что особенности реформ финансирования здравоохранения в РФ были тесно связаны с основными социально-экономическими изменениями. Реформирование здравоохранения, происходящее в стране, вызывает у населения тревогу и это связано с сокращением финансирования здравоохранения - переход на одноканальную систему финансирования. Также негативное влияние оказывают сокращение и укрупнение медицинских учреждений, которое специалисты деликатно называют оптимизацией. Базовый для оценки любой системы здравоохранения показатель продолжительность жизни населения с 2005 по 2013 год вырос на 5 лет, а смертность, наоборот, сократилась на 19%. Однако с 2014 года ситуация стала ухудшаться и в перспективе уровень смертности опять будет возрастать. При этом смертность в России в 2015 году выросла на 5,2% по сравнению с 2014 года.

Вместе с тем аспекты перехода учреждений в автономные имеют много отрицательных последствий и специфических финансовых особенностей с учетом совокупности факторов, влияющих на их деятельность. Несмотря на ограниченные теоретические и эмпирические данные, на основе которых можно проводить объективную оценку, большинство учреждений здравоохранения не удовлетворены полученными результатами в процессе постоянного проведения реформ, которые затронули изменения организационно-правовых форм, изменения структуры собственников, развитие источников финансирования автономных учреждений здравоохранения.

Эта ситуация негативно сказывается на деятельности системы финансирования здравоохранения, в частности обеспеченности, эффективности и качестве предоставляемых услуг. В результате высоких постоянных расходов, неразвитости инфраструктуры, снижения бюджетных

источников финансирования, уменьшения доходов населения также имеет негативное воздействие на справедливость и финансовую защиту, объемы и качество предоставления услуг здравоохранения. При этом и санаторно-курортный кластер находится под влиянием совокупности социально-экономических и финансовых условий. Все это и послужило основанием для выбора направления научного исследования.

**Цель** магистерской диссертации состоит в изучении теоретических основ финансирования государственных автономных учреждений здравоохранения, а также разработке путей развития источников финансирования.

Для достижения поставленной цели потребовалось решить следующие **задачи**:

- изучить теоретико-правовые особенности формирования источников финансирования автономных учреждений здравоохранения;
- проанализировать финансовые показатели областного государственного автономного учреждения ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» на основе бухгалтерского баланса;
- выявить факторы, определяющие перспективы финансирования автономного ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»;
- исследовать структуру и динамику, а также источники финансирования исследуемого учреждения;
- определить направления развития финансового обеспечения в условиях реформирования.

**Объектом исследования** является процесс развития источников финансирования автономных учреждений здравоохранения.

**Предметом исследования** являются финансовые отношения по поводу формирования и развития источников финансирования ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»».

**Теоретико-методологической основой исследования** послужили классические и современные труды отечественных и зарубежных ученых по проблемам формирования источников финансирования автономных учреждений. В работе используются следующие методы: всеобщие – индукции, дедукции; общие – статистические, аналитические, группировок; частные – монографические, экстраполяции, сравнения, графический, корреляционные, расчетно-конструктивный, моделирования, балансовый, нормативный.

**Информационную и эмпирическую базу исследования** составили законодательные акты, нормативные документы РФ, данные бухгалтерской отчетности Областного государственного автономного учреждения здравоохранения (на примере ОГАУЗ "Санаторий "Красиво") и периодической печати.

**Практическая значимость результатов исследования** заключается в том, что выводы, рекомендации и методические наработки, содержащиеся в диссертации, могут быть использованы для развития системы финансирования автономных учреждений здравоохранения, в том числе и профилактических, для обоснования мероприятий по привлечению новых источников финансирования.

Структура работы состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка и приложений.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## 1.1. Экономическая сущность автономных учреждений и характеристика услуг кластера оздоровления

Автономные учреждения некоммерческая организация, созданная РФ, субъектом РФ или муниципальным образованием для оказания услуг, выполнения работ в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти и органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта (п.1 ст.2 ФЗ «Об автономных учреждениях») [6, С.4].

Специфические особенности финансов здравоохранения заключается в том, что их нельзя полностью отнести ни к сфере государственных финансов, ни к сфере финансов организаций. При этом в формировании системы финансирования здравоохранения активное участие принимает частный сектор. Участие государства и частного сектора экономики в системе финансирования отрасли обуславливает двойственность их целей. Для государства основной целью является развитие человеческого капитала, а для частного сектора – получение прибыли. В трудах зарубежных и отечественных ученых-экономистов представлен большой спектр трактовок понятия "система финансового обеспечения здравоохранения" и взглядов на ее составляющие. Одни авторы трактуют систему финансирования здравоохранения только с позиции формы распределения средств. Другие ученые употребляют данное понятие в более узком смысле – только как

совокупность финансовых учреждений, относящихся к сфере здравоохранения. Третья группа авторов не учитывает особенности функционирования финансов здравоохранения, касающиеся различных источников финансирования отрасли. Нет четкой трактовки данного понятия и в законодательстве. В связи с этим мы выделили несколько принципиальных положений, которые необходимо учитывать при раскрытии сущности и содержания системы финансового обеспечения здравоохранения:

1) значение и цель формирования системы это повышение качества жизни на основе улучшения предоставления населению доступной и своевременной медицинской и лекарственной помощи;

2) совокупность финансовых отношений возникает в сфере медицинского обслуживания населения;

3) источники финансирования учреждений здравоохранения: бюджетные (финансирование за счет государственных средств), страховые (формирование и использование фондов, источником которых являются обязательные страховые взносы работодателей) и внебюджетные (оплата медицинских услуг за счет средств населения и др.) фонды денежных средств;

4) субъекты системы финансирования здравоохранения: государство, медицинские организации, население, специализированные страховые фонды, страховые компании, государственные органы управления здравоохранением и т.д. [23, С.147-149; 29,С.50-51].

Исходя из названных положений можно дать следующее определение: система финансового обеспечения здравоохранения – это совокупность экономических отношений субъектов здравоохранения, связанных с формированием, распределением и использованием фондов денежных средств (страховых, бюджетных и внебюджетных) в условиях перехода к преимущественно одноканальному финансированию в целях сохранения и укрепления здоровья населения.

Рассмотрим основные категории с учетом специфики объекта исследования, обеспечивающие сохранение и укрепление здоровья населения. Такой подход обусловлен необходимостью расчета в дальнейших исследованиях нормативной стоимости каждой услуги. При этом мы исходим из того, что охрана здоровья здорового человека - совокупность мер политического, духовного, экономического, правового, социального, культурного, медицинского, санитарно-эпидемического характера, направленных на оптимизацию условий для формирования, активного сохранения, восстановления и укрепления здоровья, обеспечивающих снижение заболеваемости и увеличение популяции здоровых и практически здоровых людей.

Кластер оздоровления представляется как совокупность разнообразных специализированных общностей предприятий, движимых собственными интересами в формировании интегрированного санаторно-курортного комплекса (совокупность групп взаимосвязанных специализированных санаторно-курортных, оздоровительных, туристско-оздоровительных, туристско-рекреационных компаний и потребителей их услуг, а также других предприятий сопутствующего и вспомогательного профиля и др.).



Рис.1. Основные структурные составляющие кластера оздоровления



Курорт - освоенная и используемая в лечебно-профилактических целях территория, располагающая природными лечебными ресурса

Санаторно-курортный комплекс это сектор сферы услуг, выполняющий важные социальные задачи: по укреплению здоровья населения (индивидуального и общественного) на основе рационального использования природно-рекреационных ресурсов; по восстановлению физиологических и психологических ресурсов общества, восстановлению трудоспособности человека; по рациональному использованию свободного времени; по обеспечению занятости населения; по воспроизводству здоровой среды обитания через создание и поддержание рекреационных зон [41, С.20-22].

Оздоровительный отдых - пребывание в санаторно-курортном комплексе практически здоровых лиц, не нуждающихся в специальном медицинском уходе, врачебном наблюдении и лечении

Медицинский (лечебный) туризм - временный выезд с постоянного места жительства в лечебно - оздоровительных и эвристических целях.

Задачи санаторно-курортного комплекса в области оздоровления социально незащищенных граждан:

- разработка методов и технологий санаторно-курортного лечения и оздоровления социально уязвимых категорий граждан;
- изучение их потребности в санаторно-курортном оздоровлении и лечении (в т.ч. изучение рекреационных потребностей);
- совершенствование технологий и качества обслуживания, включая вопросы размещения, питания, анимационно-досуговой деятельности.

Под рекреационной услугой в условиях санаторно-курортного комплекса мы понимаем полезное действие, выполняемое специфическим образом, направленное на удовлетворение потребностей человека в восстановлении утраченных сил, здоровья путем кратковременного изменения места своего проживания или на месте с целью лечения, отдыха, развлечений, получения новых впечатлений и познавательной цели.

Санаторно-оздоровительной услуги в системе социальной защиты населения - это социально-экономическая услуга по оказанию профилактической, лечебно-восстановительной, реабилитационной социально-медицинской помощи, а так же по обеспечению проживания, питания, проведения досуга в лечебно-оздоровительной местности и вне нее, предоставляемая санаторно-курортными организациями слабо защищенным слоям населения [24, С.199-202].

Реабилитация - это комплекс скоординировано проводимых мероприятий социально-медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характера, направленных на восстановление здоровья, психического статуса и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания

Под социально-медицинской реабилитацией в условиях санаторно-курортного комплекса понимают комплекс мероприятий, направленный на восстановительное лечение и вторичную профилактику заболеваний, увеличение функциональных резервов, компенсацию нарушенных функций и возвращение дееспособности

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс лечебных мероприятий, связанных непосредственно с заболеванием, его течением и возможными осложнениями.

Физическая реабилитация направлена на восстановление физической работоспособности трудоспособности, полное обслуживание пациентов.

Психологическая реабилитация включает мероприятия по своевременной профилактике и лечению психологических нарушений, формированию у больных сознательности и активности в реабилитационном процессе.

Профессиональная реабилитация предусматривает решение вопросов трудоустройства, восстановление профессиональных навыков и переобучение. Основными методами профессиональной реабилитации на

санаторно-курортном этапе могут быть: средства и методы трудотерапии, использование специальных приспособлений (например, лопинга у летчиков) и другие. Важное место в результативности профессиональной реабилитации занимают природные физические факторы, решение задач физической, психологической и других видов реабилитации.

Исследуем правовые основы функционирования автономных учреждений и их отличительные признаки, которые обеспечивают развитие источников финансирования и улучшение качества обслуживания.

## 1.2. Правовые основы и отличительные признаки финансирования автономных учреждений

В стране идет процесс совершенствования системы организации оказания медицинской помощи, в том числе системы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. В специальной литературе высказывались различные точки зрения на этот счет. Учреждения здравоохранения и их правовой статус Законодатель пошел по пути изменения правового статуса и условий функционирования учреждений здравоохранения. Отныне существующие муниципальные и государственные учреждения здравоохранения подразделяются на автономные, бюджетные и казенные. В этой связи у заинтересованных лиц (руководителей органов управления здравоохранением, главных врачей и собственно работников отрасли) возник ряд вопросов. Проанализируем законодательство с учетом действующей доктрины. Правовой основой деятельности учреждений здравоохранения являются: Гражданский кодекс РФ; Бюджетный кодекс РФ; Федеральный закон от 12.01.1996 № 7-ФЗ “О некоммерческих организациях”; Федеральный закон от 08.08.2001 № 128-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности”; Федеральный закон от 03.11.2006 № 174-ФЗ “Об

автономных учреждениях”; Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений”. А также принятые на их основе подзаконные акты (в первую очередь постановления Правительства РФ) [2, 7, 8,].

Последние пятнадцать лет с момента принятия и вступления в силу первой части Гражданского кодекса РФ рынок медицинских услуг, а также нерыночный сектор здравоохранения был представлен в основном государственными, либо муниципальными учреждениями. В связи с принятием ряда новых федеральных законов (например, об автономных учреждениях) и внесением значительных изменений в уже действующие (например, в ГК РФ, Федеральный закон “О некоммерческих организациях”) в сфере здравоохранения стало возможным создание хозяйствующих субъектов новых типов: казенное учреждение; бюджетное учреждение; автономное учреждение. Отличие “традиционных” типов учреждений здравоохранения от новых. Рассмотрим основные характеристики организационно-правовой формы юридического лица для выявления общих признаков и отличий между “традиционным” учреждением, с одной стороны, и автономным, бюджетным и казенным учреждением – с другой [3, С. 8].

В отраслевой литературе и законодательстве юридических лиц классифицируют по нескольким основаниям. Так, по цели деятельности различают коммерческие (преследуют извлечение прибыли и распределяют ее между участниками) и некоммерческие (не преследуют в качестве своей цели деятельности извлечение прибыли) организации. Большинство некоммерческих юридических лиц могут извлекать прибыль для достижения уставных целей, но в отличие от коммерческих юридических лиц не распределяют ее между участниками, а направляют на достижение уставных целей. Любое учреждение отнесено законом к некоммерческой организации.

Получаемую прибыль оно должно направлять на достижение своих уставных задач. Здесь каких-либо изменений не отмечается. В соответствии с ГК РФ учреждение – это некоммерческая организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера. Казенное учреждение здравоохранения Казенным учреждением признается государственное (муниципальное) учреждение, осуществляющее оказание государственных (муниципальных) услуг, выполнение работ и (или) исполнение государственных (муниципальных) функций в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления, деятельность которого финансируется из средств соответствующего бюджета на основании бюджетной сметы. В соответствии с подп. “д” п. 1 ч. 1 ст. 31 вышеупомянутого Федерального закона № 83-ФЗ как казенные учреждения создаются психиатрические больницы (стационары) специализированного типа с интенсивным наблюдением, лепрозории, противочумные учреждения[8, С. 148].

Бюджетным учреждением признается некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для выполнения работ, оказания услуг в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий соответственно органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах. Автономные учреждения здравоохранения Согласно п. 1 ст. 2 Федерального закона “Об автономных учреждениях”, автономным учреждением является некоммерческая организация, созданная Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием для выполнения

работ, оказания услуг в целях осуществления предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти, полномочий органов местного самоуправления в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах в случаях, установленных федеральными законами.

Как можно убедиться, наиболее широк перечень возможных направлений деятельности у автономных учреждений. Для удобства анализа представим основания классификации юридических лиц в обобщенном виде. В зависимости от делимости, либо неделимости имущества организации по вкладам (долям, паям и др.) различают: корпорации (делимое); унитарные предприятия; учреждения (неделимое имущество). Имущество любых учреждений является неделимым, так как учреждением признается не имеющая членства организация, и принадлежит учредителю-собственнику. Существуют следующие формы собственности: частная, государственная и муниципальная. В принципе учреждение может создаваться на базе как частной, так и публичной собственности (государственной, либо муниципальной). В соответствии с ч. 2 ст. 120 ГК РФ учреждение может быть создано гражданином или юридическим лицом (частное учреждение) либо соответственно Российской Федерацией, субъектом Российской Федерации, муниципальным образованием (государственное или муниципальное учреждение). Согласно Федеральному закону “Об автономных учреждениях” собственником имущества автономного учреждения является соответственно Российская Федерация, субъект Российской Федерации, муниципальное образование. Такое же правило закреплено для казенных и бюджетных учреждений. Иными словами, если учреждение по форме собственности может быть как частным, так и публичным, то казенное, бюджетное и автономное учреждение – исключительно публичным. В сфере здравоохранения различия в форме собственности практического значения не

имели. На рынке медицинских услуг в отличие от некоторых других рынков (например, образовательного) частные медицинские учреждения широко представлены не были [6, С. 97-101].

По хозяйственной компетенции различают юридические лица с общей, ограниченной (законом, договором, учредительными документами), специальной и исключительной компетенцией. ГК РФ закрепил почти за всеми коммерческими организациями гражданские права и гражданские обязанности, необходимые для любых не запрещенных законом видов деятельности, т. е. общую правоспособность. Исключение составляют унитарные предприятия – не собственники (поскольку они создаются собственниками для строго определенных целей), а также некоторые другие организации (например, некоммерческие). Компетенция любых учреждений носит узконаправленный специальный характер. Законом или учредительными документами учреждению могут быть разрешены некоторые виды хозяйственной (предпринимательской) деятельности. Как правило, речь идет о предоставлении платных услуг, связанных с основной (уставной) деятельностью учреждения (например, возмездное оказание медицинских услуг). Учреждение наделяется имуществом лишь для достижения целей, указанных в его учредительных документах (п. 4 ст. 213ГК РФ). Казенное учреждение может осуществлять приносящую доходы деятельность, если такое право предусмотрено их учредительными документами. При этом полученные доходы должны направляться в бюджет. Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основной уставной деятельности, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается соответствующим органом, имеющим функции и

полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом. Иные виды деятельности, не являющиеся основными, бюджетное учреждение вправе осуществлять лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствует указанным целям. Такая деятельность также должна быть отражена в его учредительных документах.

Основная деятельность бюджетного и казенного учреждений непосредственно направлена на достижение целей, ради которых они созданы. Исчерпывающий перечень видов такой деятельности определяется учредительными документами учреждений. Законодательством Российской Федерации могут устанавливаться ограничения на виды деятельности, которыми вправе заниматься некоммерческие организации отдельных видов, а в части учреждений – в том числе отдельных типов. Предмет и цели деятельности автономного учреждения также определены федеральными законами и уставом. Это выполнение работ, оказание услуг в сферах науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах. Наиболее ограничена компетенция у казенного учреждения и предельно широка (с учетом общих ограничений по виду (разновидность некоммерческой организации) и сфере деятельности) – у автономного учреждения. Кроме того, медицинская деятельность в настоящее время относится к лицензируемым видам деятельности. Необходимость лицензирования не связана с типом учреждения. Далее, по правам на обособленное имущество организации подразделяют на юридические лица – собственники имущества (таковых большинство в хозяйственном обороте); юридические лица – не собственники закрепленного за ними имущества (имущество закреплено за ними на праве хозяйственного ведения либо оперативного управления). Учреждения не являются собственниками имущества. За учреждениями имущество закрепляется на праве оперативного управления. Также юридические лица различаются по правам учредителей на переданное организации имущество



(наличие обязательственных прав у участников по отношению к организации; наличие вещных прав; отсутствие каких-либо имущественных прав). В соответствии со ст. 48 ГК РФ к юридическим лицам, в отношении которых их участники имеют обязательственные права, относятся хозяйственные товарищества и общества, производственные и потребительские кооперативы. К юридическим лицам, на имущество которых их учредители имеют право собственности или иное вещное право, относятся государственные и муниципальные унитарные предприятия, а также учреждения. Данная классификация во многом обусловлена делением юридических лиц на собственников и не собственников имущества. Так, если учредитель учреждения сохраняет право собственности на передаваемое учреждаемой организации имущество, то имущество у учреждения находится на праве оперативного управления (организация – не собственник имущества).

Как можно убедиться, по изложенным выше признакам существенных различий между типами учреждений нет. Имущественные отношения между организацией – не собственником имущества и ее учредителем – собственником имущества могут иметь нюансы. Учреждения, за которыми имущество закреплено на праве оперативного управления, владеют, пользуются и распоряжаются этим имуществом в пределах, установленных законом, в соответствии с целями своей деятельности, заданиями собственника этого имущества и назначением этого имущества. При этом собственник имущества вправе изъять излишнее, неиспользуемое или используемое не по назначению имущество, закрепленное им за учреждением либо приобретенное учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение этого имущества. Изъятим имуществом собственник вправе распорядиться по своему усмотрению. Учреждение не вправе отчуждать либо иным способом распоряжаться имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным этим учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого

имущества. Плоды, продукция и доходы от использования имущества, находящегося в оперативном управлении, а также имущество, приобретенное учреждением по договору или иным основаниям, поступают в оперативное управление учреждения. Все закрепленное за такой организацией имущество подлежит обязательному учету на ее самостоятельном балансе, а выделенное учреждению не собственнику имущество – также по смете его расходов, утвержденной собственником. В соответствии с ч. 3 ст. 298 ГК РФ с изменениями, внесенными Федеральным законом № 83-ФЗ, бюджетное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества, а также недвижимым имуществом. Остальным имуществом, находящимся у него на праве оперативного управления, бюджетное учреждение вправе распоряжаться самостоятельно, если иное не установлено законом (рис.2).



Рис.2. Основные изменения в статусе бюджетных учреждений

Как уже говорилось, бюджетное учреждение вправе осуществлять приносящую доходы деятельность лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствует этим целям при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах.

Доходы от такой деятельности и приобретенное за счет этих доходов имущество поступают в самостоятельное распоряжение бюджетного учреждения. При этом крупные сделки бюджетное учреждение может совершать только с предварительного согласия учредителя. Под запретом находятся размещение денежных средств на депозитах в кредитных организациях, а также совершение сделок с ценными бумагами. Согласно ч. 4 ст. 298 ГК РФ казенное учреждение не вправе отчуждать либо иным способом распоряжаться имуществом без согласия собственника имущества. Казенное учреждение может осуществлять приносящую доходы деятельность в соответствии со своими учредительными документами. Доходы от указанной деятельности, как уже отмечалось, поступают в соответствующий бюджет бюджетной системы Российской Федерации. Права предоставлять и получать кредиты (займы), приобретать ценные бумаги оно не имеет.

Автономное учреждение без согласия собственника не вправе распоряжаться недвижимым имуществом и особо ценным движимым имуществом, закрепленным за ним собственником или приобретенным им самим за счет средств, выделенных ему собственником на приобретение такого имущества. Остальным закрепленным за ним имуществом автономное учреждение может распоряжаться самостоятельно, если иное не установлено законом. Если в учредительных документах такого учреждения предусмотрено право заниматься приносящей доходы деятельностью, то доходы от такой деятельности и приобретенное на них имущество поступают в самостоятельное распоряжение учреждения и учитываются на отдельном балансе. Как можно убедиться, законодатель несколько ужесточил требования в части распоряжения имуществом для казенных учреждений (точнее, привел

в соответствии с экономико-правовым смыслом деятельности такого учреждения). При этом он предоставил большую свободу распоряжения имуществом бюджетному и автономному учреждению, в том числе и доходами от основной деятельности (применительно к сфере здравоохранения – за счет возмездного оказания медицинских услуг). Среди возможных причин расширения хозяйственной самостоятельности учреждений (за исключением казенных) можно назвать: дальнейшее внедрение экономических стимулов для медицинских учреждений оказывать услуги в большем объеме, лучшего качества, инновационные медицинские услуги; повышение заинтересованности руководителей клиник и конкретных медиков в результатах своего труда; разрешение коллизий между гражданским и бюджетным законодательством. Однако действующее законодательство четко не указывает на возникновение вещного права на доходы (т. е. поступления в собственность без каких-либо оговорок), полученные от хозяйственной деятельности. Они хотя и учитываются на отдельном балансе, тем не менее не становятся собственностью автономного учреждения. Пункт 2 ст. 299 ГК РФ Федеральным законом № 83-ФЗ изложен в следующей редакции: “Плоды, продукция и доходы от использования имущества, находящегося в хозяйственном ведении или оперативном управлении унитарного предприятия или учреждения, а также имущество, приобретенное унитарным предприятием или учреждением по договору или иным основаниям, поступают в хозяйственное ведение или оперативное управление предприятия или учреждения в порядке, установленном настоящим Кодексом, другими законами и иными правовыми актами для приобретения права собственности”. Доходы учреждения, как отмечает законодатель, поступают в его оперативное управление, но не в собственность [8, С. 19-21].

Однако ключевой вопрос связан не с изменением собственно организационно-правовой формы, правоотношений между собственником имущества и созданным им учреждением, а с появлением новых условий,

источников финансирования учреждений. Частное учреждение полностью или частично финансируется собственником его имущества. Порядок финансового обеспечения деятельности государственных и муниципальных учреждений определяется законом. В соответствии со ст. 6 Бюджетного кодекса РФ казенное учреждение – государственное (муниципальное) учреждение, осуществляющее оказание государственных (муниципальных) услуг, выполнение работ и (или) исполнение государственных (муниципальных) функций в целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий органов государственной власти (государственных органов) или органов местного самоуправления, финансовое обеспечение деятельности которого осуществляется за счет средств соответствующего бюджета на основании бюджетной сметы. Субсидии и бюджетные кредиты казенному учреждению не предоставляются. Бюджетным учреждениям (БУ) должны выделяться субсидии на возмещение нормативных затрат, связанных с оказанием ими государственных (муниципальных) услуг (выполнением работ) физическим и (или) юридическим лицам. Из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации им могут предоставляться субсидии и на иные цели. Бюджетные учреждения остаются получателями бюджетных средств на переходный период. Государственные (муниципальные) задания для БУ формирует и утверждает соответствующий орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя. Отказаться от выполнения государственного (муниципального) задания оно не вправе. Бюджетное учреждение может сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, для граждан и юридических лиц за плату и на одинаковых при оказании одних и тех же услуг условиях. Порядок определения указанной платы устанавливается

органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, если иное не предусмотрено федеральным законом.

Автономное учреждение (АУ) действует на основе государственного или муниципального задания, выполнение которого является для учреждения обязательным. Такое задание для АУ формируется и утверждается учредителем в соответствии с основными видами деятельности, прописанными в уставе. Деятельность АУ финансируется посредством субсидий из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации и иных не запрещенных федеральными законами источников. На АУ не распространяются требования бюджетного законодательства о порядке расходования средств, находящихся в самостоятельном распоряжении, о необходимости расходовать их строго по статьям бюджетной сметы и др. Иными словами, закон предусматривает некоторые послабления в части использования внебюджетных доходов автономного учреждения. Предоставление автономным учреждениям большей свободы действий в имущественных отношениях, в проявлении хозяйственной инициативы, по мнению инициаторов изменений законодательства об учреждениях, должно сделать их более чуткими к изменениям конъюнктуры на рынке работ и услуг, в получении которых заинтересованы граждане и юридические лица. Поэтому АУ могут работать более оперативно по сравнению с иными типами учреждений. Однако, на субъективный взгляд автора, большинство таких возможностей уже были реализованы государственными бюджетными учреждениями здравоохранения в прежние годы. Автономные учреждения должны “больше зарабатывать” за счет оказания платных медицинских услуг населению. Полученные таким образом средства они могут расходовать на выполнение своих уставных задач. На практике это будет означать возможность проведения более гибкой кадровой политики, осуществления стимулирующих выплат медперсоналу. По гражданско-правовой ответственности перед контрагентами различают: организации с полной

имущественной ответственностью и с ограниченной ответственностью. В соответствии с ч. 1 ст. 56 ГК РФ юридические лица, кроме учреждений, отвечают по своим обязательствам всем принадлежащим им имуществом.

Учреждения отвечают перед своими кредиторами только имеющимися у них денежными средствами, при отсутствии которых наступает неограниченная субсидиарная ответственность их учредителей-собственников (п. 2 ст. 120 ГК РФ). Поэтому учреждения не могут быть объявлены банкротами. Согласно ст. 70 БК РФ обеспечение выполнения функций бюджетных учреждений, в том числе включает возмещение вреда, причиненного бюджетным учреждением в результате своей деятельности. При недостаточности лимитов бюджетных обязательств, доведенных казенному учреждению для исполнения его денежных обязательств, по таким обязательствам от имени Российской Федерации, субъекта Российской Федерации, муниципального образования отвечает соответственно орган государственной власти (государственный орган), орган управления государственным внебюджетным фондом, орган местного самоуправления, орган местной администрации, осуществляющий бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств, в ведении которого находится соответствующее казенное учреждение [6, С. 97-101].

При этом следует учитывать, что сторона государственного (муниципального) контракта, иного договора вправе потребовать от казенного учреждения возмещения только фактически понесенного ущерба, непосредственно обусловленного изменением условий государственного (муниципального) контракта, иного договора. Иными словами, контрагент казенного учреждения поставлен в худшие условия в сравнении с иными участниками рынка (возможность требовать от контрагента, по общему правилу, и упущенной выгоды). Бюджетное учреждение отвечает по своим обязательствам всем находящимся у него на праве оперативного управления имуществом – как закрепленным за ним собственником имущества, так и

приобретенным за счет средств от приносящей доход деятельности. Исключение составляет особо ценное движимое имущество, закрепленное за БУ собственником этого имущества или приобретенное бюджетным учреждением за счет выделенных собственником имущества бюджетного учреждения средств, а также недвижимое имущество. Собственник имущества БУ не несет ответственности по его обязательствам. В целом сохранен прежний подход – обращение взыскания на денежные средства учреждения. При этом, если более трех месяцев с бюджетного учреждения-должника невозможно получить денежные средства из-за отсутствия на его лицевых счетах денежных средств, задолженность взыскивается по исполнительному документу за счет имущества должника в соответствии с Федеральным законом от 02.10.2007 № 229-ФЗ “Об исполнительном производстве”. Однако возможность ареста и последующей реализации имущества учреждения-должника в порядке, предусмотренном Законом об исполнительном производстве, фактически ограничивается видами имущества, на которое не может быть обращено взыскание. Автономное учреждение отвечает по своим обязательствам имуществом, находящимся у него на праве оперативного управления. Исключение составляет недвижимое имущество и особо ценное движимое имущество, закрепленные за ним учредителем или приобретенные автономным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение этого имущества. На первый взгляд законодатель намного повышает степень защиты контрагентов по обязательствам автономного учреждения. Теперь взыскиваться могут не только денежные средства организации (наложение ареста на расчетный счет и кассу; запрещение пользоваться соответствующими денежными средствами), но и другое имущество (за исключением недвижимого и особо ценного движимого). Однако здесь потенциального кредитора по обязательствам поджидают следующие проблемы. Во-первых, иные виды имущества (за исключением недвижимого и особо ценного имущества) могут



быть незначительными по своей стоимости, а значит, не покрывать возникший долг, и, кроме того, неликвидными (койки, белье, устаревшее медицинское оборудование). Во-вторых, собственник имущества автономного учреждения не несет ответственности по его обязательствам в отличие от собственника учреждения.

Автономное учреждение – разновидность юридического лица, и на него распространяются нормы о недопустимости банкротства, на что уже обращалось внимание. Однако в отсутствие субсидиарной ответственности учредителя (собственника в лице государства либо муниципального образования) автономное учреждение представляется “опасным” для контрагента, желающего иметь гарантии исполнения возникающих обязательств. В перспективе придется возвращаться к норме о субсидиарной ответственности учредителя либо предусмотреть возможность банкротства АУ. Второй вариант с учетом возможных социальных последствий банкротства медицинского учреждения вряд ли можно счесть предпочтительным. Контрагентам предстоит потребовать включения в договоры условий о предоплате, залоге, поручительстве, страховании рисков и пр., что удлинит и усложнит договорный процесс, увеличивает общие издержки. Законодатель пошел по пути ужесточения требований к порядку заключения гражданско-правовых сделок, их строгой формализации. Такой подход не нов. В условиях советской административно-командной экономики данная конструкция уже использовалась. Предприятия – производственно-технологические комплексы являлись собственностью государства-учредителя, оставаясь под его полным контролем. При этом государство не только не отвечало своим имуществом по его долгам, но и фактически запрещало другим кредиторам обращать взыскание на его “основные фонды” (т. е. на наиболее ценное имущество) как на объекты своей собственности. Этот недостаток компенсировался тем, что его контрагенты также были государственными (исключение – коллективные хозяйства, хотя и они были

также огосударствленными). Не следует думать, что все они эффективно хозяйствовались. Долги накапливались. Института банкротства в советский период не было. Поэтому долги приходилось периодически “списывать”. Однако в настоящее время большинство контрагентов – частные юридические лица и индивидуальные предприниматели, а не публичные компании. Кроме отмеченных выше признаков, основы законодательства коснулись порядка организации и деятельности органов управления отдельными типами учреждений здравоохранения, а также требования открытости (доступности) информации о них. От лица учреждения действовал и продолжает действовать единоличный исполнительный орган в лице руководителя учреждения здравоохранения – главного врача. Общие вопросы, не связанные с текущим управлением, оперативной деятельностью субъекта, решались и решаются учредителем такой организации.

### 1.3. Зарубежный опыт эволюции моделей финансирования здравоохранения и ее реформ

Исследуемый зарубежный опыт эволюции моделей финансирования здравоохранения и выделим положительные и отрицательные факторы. Как известно в современном мире выделены три модели финансирования здравоохранения:

Первая – Бюджетно-страховая модель финансируется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств. Она наиболее распространенная и используется большинством развитых стран (Германия, Франция, Швеция, Италия и др.).

Вторая – Бюджетная модель. Финансируется главным образом за счет бюджетных средств (Великобритания).

Третья – Предпринимательская модель, за счет продаж населению медицинскими учреждениями медицинских услуг и за счет средств добровольного медицинского страхования (США) (рис.3).



Рис.3. Современные модели финансирования здравоохранения

В нашей стране до 1991 г. применялась бюджетная модель, когда доля бюджетных средств в общем объеме финансирования составляла примерно 85%. В результате проводимых реформ в последние годы происходят трансформационные процессы и изменение модели финансирования. Уменьшается доля бюджетных средств, и увеличиваются другие источники финансирования.

Рассмотрим опыт реализации бюджетно-страховой модели на примере Германии. Медицинское страхование граждан в Германии построено на принципах социальной солидарности. Но сохранить их становится все труднее. За последние 20 лет система здравоохранения подвергалась реформированию 14 раз. Здравоохранение с годовым оборотом в 250 миллиардов евро - сегодня один из важных экономических факторов страны. Система медицинского страхования граждан зародилась в Германии в 1881

году во времена правления кайзера Вильгельма I и рейхсканцлера Отто фон Бисмарка. В те времена рабочие были весьма недовольны своим положением: они трудились по 60 часов в неделю за мизерную зарплату. В случае болезни кормильца семье угрожали голод и нищета. 1883 год ознаменовался рождением системы медицинского страхования.

Расчет был прост: здоровые и трудоустроенные граждане платили взносы в кассу медицинского страхования, которая финансировала лечение и содержание жизни больных сограждан. Солидарность была главным принципом социального страхования по Бисмарку. Наемный работник платил в больничную кассу две трети суммы страхового взноса, а работодатель - треть. Сегодня наемный работник и работодатель платят половину страховой суммы.

Большинство реформ системы здравоохранения Германии ощутимых результатов не принесли. Повысились цены на лекарства, введены доплаты на услуги зубных врачей и обязательный ежеквартальный взнос пациентов за медицинское обслуживание в размере 10 евро. Немецкая система здравоохранения все еще предлагает гражданам полное медицинское обслуживание, но она уже имеет много отрицательного. Так считают не только пациенты, но и медицинский персонал. По словам медработников, на пациентов остается все меньше времени, больницы вынуждены экономить.

Терапевт Доротея Кельц (Dorothee Keltz), работающая в одной из боннских клиник, сетует на то, что медицинские кассы гораздо щедрее оплачивают использование медицинской техники и куда хуже - консультации и беседы врачей с пациентами. К примеру, такой метод диагностики, как электрокардиограмма. На нее тратится не так много времени, но оплачивается она втрое выше, чем десять минут консультации врача-специалиста.

На протяжении многих лет идут споры о размерах гонораров врачей. Дело дошло до того, что все чаще практикующие врачи могут финансировать содержание своих практик лишь благодаря пациентам с частными

страховками. Гонорары касс обязательного страхования по прежнему слишком малы.

Примерно у десяти процентов пациентов - частные страховки, но их могут себе позволить только люди с высокой зарплатой: предприниматели и чиновники. Их месячные взносы не попадают в кассы обязательного страхования, которые как раз и работают по принципу социальной солидарности и где застрахованы безработные, пожилые и тяжелобольные люди. Только с недавнего времени государство обязало частные страховые компании предлагать медицинские страховки и слабо защищенным в социальном плане пациентам. Однако стать обладателем частной медицинской страховки людям с небольшими доходами все еще весьма трудно.

Реформа здравоохранения вступила в новую фазу и создан государственный фонд здравоохранения, в который будут поступать средства из медицинских страховых взносов. Эти взносы будут распределять по медицинским страховым компаниям согласно предлагаемому ими объему услуг. О сложностях системы расчетов спорят эксперты и политики, а новая правительственная коалиция уже планирует следующую ступень реформы.

Все предыдущие реформы ставили своей целью снижение затрат на здравоохранение. И созданный государственный фонд должен способствовать развитию здоровой конкуренции между страховыми компаниями. Но, по мнению сотрудника Немецкого института экономических исследований в Кельне Йохена Пимперца (Jochen Pimpertz), фонд не способен изменить ситуацию коренным образом.

Пациенты часто не знают, сколько стоит медицина. Одна из причин в том, что пациенты не осознают стоимость медицинского обслуживания. Из их зарплаты автоматически вычитают часть медицинского страхового налога, и у людей исчезает потребность интересоваться, на что конкретно тратятся отчисляемые ими средства.

Только пациенты с частными медицинскими страховками знают, сколько стоит их медицинское обслуживание: за каждый визит к врачу они получают счет, который отправляют для погашения в свою медицинскую страховую компанию. Подавляющей же части пациентов, которая платит взносы в кассы обязательного страхования, не известно, как рассчитывается с врачами их медицинская страховая компания.

Эксперты полагают, что немецкая система здравоохранения еще долго будет обсуждаться на политических форумах разных уровней, ибо медицинское обслуживание продолжает дорожать, а пациентов, пополняющих налогами медицинские кассы, в силу демографических причин становится все меньше. Население страны стареет, а под угрозой находится принцип социальной солидарности в сфере здравоохранения.

Американская система здравоохранения отличается от моделей, реализованных в других промышленно развитых странах. Она не едина и не универсальна: система медицинского страхования представлена в двух формах – государственной и частной. Стоит отметить, что еще в 1993 году была предпринята последняя серьезная попытка реформирования, однако неудачная. Причинами на то были рост стоимости медицинских услуг в стране, трудности с растущим дефицитом бюджета и кризисная ситуация в целом. Барак Обама уделял особое внимание реформе и заявил: "Мы сейчас столкнулись с возможностью... перевернуть страницу в истории провалившейся политики по здравоохранению... Мой план начинается с охвата всех американцев медицинской страховкой. Если вы её уже имеете, единственное, что изменится для вас в соответствии с моим планом, так это сумма денег, которую вы потратите на страховые взносы. Она будет меньше. Если вы один из 45 млн. американцев, не имеющих медицинской страховки, вы её получите после того, как этот план станет законом. Ни одному человеку не будет отказано в медицинском страховании из-за хронических заболеваний"[47.С.25-30].

К ключевым проблемам системы здравоохранения США сегодня можно отнести: неэффективность, высокую долю незастрахованных (16% населения), огромный рост расходов на систему здравоохранения (около 18% ВВП, что почти в два раза превышает соответствующие расходы в странах ЕС). Отсутствие единых стандартов лечения пациентов при оказании медицинской помощи приводит к повторным и иногда лишним назначениям и в целом затрудняет процесс предоставления медицинской помощи, дезинтеграцию процесса оказания медицинской помощи, что является следствием свободного выбора пациентами стационаров и врачей общей практики. Перед правительством ставилась задача – повысить качество предоставляемых услуг и вместе с тем снизить их стоимость.

По реформе здравоохранения были определены основные цели реформы:

1. Модернизация системы здравоохранения и контроль над стремительно растущими расходами в данной сфере; улучшение качества медицинских услуг.
2. Предоставление доступного здравоохранения для всех.
3. Профилактический контроль и поддержка государственного здравоохранения, предупреждение заболеваний и защита от природных и техногенных катастроф.

В 2010 году в Конгрессе по инициативе демократической партии принимается закон «О защите пациентов и доступной медицинской помощи». Закон «О согласовании бюджета в сфере здравоохранения и образования», принятый в то же время, является важнейшим документом в деле реформирования американской системы здравоохранения со времен программ «Медикэр» (1965 год) и «Мэдикейд» (1965 год). Главная цель документа – «переход к всеобщему охвату населения медицинским страхованием с существенным повышением качества медицинских услуг». Однако его принятие вызвало недовольство со стороны республиканцев, в результате чего

развернулись политические дебаты, в ходе которых основная норма закона – обязанность каждого гражданина застраховаться – была признана неконституционной. Эта норма вступила в силу только в 2013 году после рассмотрения этого вопроса в Верховном суде США в июне 2012 года [71,С.45-47].

Итак, подводя итог, выделим еще раз основные направления реформы здравоохранения США: во-первых, это обязательность страхования для всех граждан, во-вторых, тарифы страховых взносов и объемы страхового покрытия отныне регулируется государством, в-третьих, облегчение выбора гражданами страхового плана, и, наконец, регулирование цен и повышение качества медицинских услуг.

Изучение опыта реформирования здравоохранения в ведущих странах выявило определенные противоречия в становлении совершенной модели финансирования. Главными задачами реформирования ставились увеличение доли платных услуг и улучшение качества обслуживания. Однако эти факторы и явились основанием нарушения принципа социальной справедливости для Германии и удорожания медицинских услуг в США.

В процессе дальнейшего исследования отечественной практики реформирования здравоохранения и развития источников его финансирования следует учитывать как положительные, так и отрицательные последствия проводимых реформ в развитых страна мира.



**ГЛАВА 2. ПРАКТИКА ФИНАНСИРОВАНИЯ ОБЛАСТНОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО АВТОНОМНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ  
(на примере ОГАУО «Санаторий «Красиво»»)**

**2.1. Финансовая характеристика автономного учреждения  
здравоохранения**

Создание в Белгородской области современного высокоэффективного курортного комплекса, обеспечивает укрепление здоровья населения и удовлетворение потребностей граждан в качественном санаторно – курортном отдыхе.



Рис. 4. Санаторно-оздоровительный кластер Белгородской области

Основные направления развития санаторно-курортного и туристско-рекреационного кластера Белгородской области следующие:

- Реконструкция и модернизация объектов санаторно-курортного и гостиничного комплекса, организация и развитие новых типов санаториев, пансионатов.
- Строительство новых санаторно-курортных и современных туристических объектов.
- Разработка и внедрение новых лечебно-оздоровительных технологий на основе применения природных факторов.
- Развитие услуг, нацеленных на профилактику, восстановление и укрепление здоровья, усиление туристско-рекреационного направления курортов.
- Внедрение и развитие популярных SPA-технологий.
- Обеспечение продвижения санаторно-курортных и туристических услуг на внутреннем рынке.
- Повышение качества работы всей социально-бытовой и культурной сферы.
- Расширение культурно-досуговой сферы, строительство новых объектов туристической инфраструктуры, расширение сети туристических маршрутов.
- Организация системы подготовки квалифицированных кадров для санаторно-курортной отрасли и гостиничного хозяйства.

Исследуем финансовые условия развития учреждения за период 2013-2015 годы и его финансовое состояние. Одной из задач анализа баланса областного государственного автономного учреждения здравоохранения является увеличение валюты баланса за отчетный период. По данным баланса ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» проведем анализ состава, структуры и динамики основных статей активов (табл. 1).

Таблица 1

Активы баланса ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» за 2013-2015гг., тыс. руб.

АКТИВ	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2015 г. к 2013 г.,%
<b>I. НЕФИНАНСОВЫЕ АКТИВЫ</b>				
Основные средства	167414,82	163396,74	179512,42	107,2
Непроизведенные активы	-	114695,41	125800,75	-
Материальные запасы	65368,31	66756,52	67324,03	102,9
Вложения в нефинансовые активы	18712,87	23771,79	7733,78	41,3
Итого по разделу I	251496,0	368620,46	380370,98	151,2
<b>II. ФИНАНСОВЫЕ АКТИВЫ</b>				
Денежные средства	13744,34	27976,29	25406,15	184,8
Финансовые вложения	-	-	-	-
Расчеты по доходам	-4898,37	2675,94	2477,37	-
Расчеты по выданным авансам	6863,66	1144,46	2803,78	40,8
Расчеты по ущербу и иным доходам	16,83	5,92	5,92	35,2
Расчеты с дебиторами	-240208,35	-229831,95	-250207,38	104,2
ИТОГО по разделу II	-224481,88	-198029,34	-219017,91	97,6
БАЛАНС	27014,12	170591,12	161353,08	597,3

Данные таблицы свидетельствуют, что активы баланса за анализируемый период в относительном выражении увеличились почти в 6 раз за счет увеличения нефинансовых активов на 51,2% и уменьшении финансовых активов на 2,4% по отношению к 2013 году. Основные средства повышаются, это свидетельствует о том, что учреждение ведет новое строительство, происходит модернизация медицинского и другого оборудования. Растут материальные запасы на 2,9% при уменьшении вложений в нефинансовые активы на 58,7%.

В структуре нефинансовых активов основные средства в 2015 году занимали наибольшую долю 47,2%, на запасы приходится 17,7%. Доля вложений в нефинансовые активы составляет 2,0%. (рис.5).

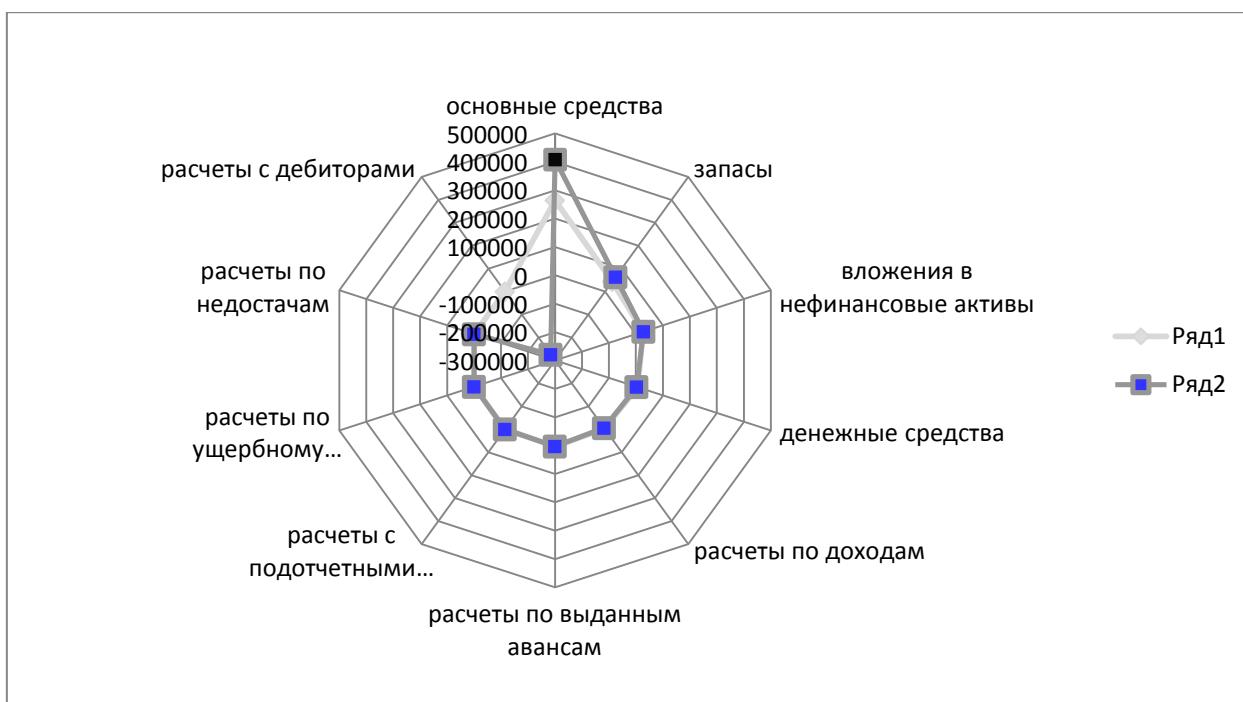


Рис.5. Изменения активов баланса ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» за 2014- 2015 годы

Наглядно мы наблюдаем, что основные средства не только занимают наибольший удельный вес в структуре активов, но и характерна динамика их роста. Увеличение доли запасов в структуре пассивов может иметь двойственный характер: с одной стороны это свидетельствует о наращивании производственного потенциала учреждения; с другой - за счет вложений в запасы защитить денежные активы от обесценивания и это можно считать нерациональной хозяйственной стратегией, так как снижается ликвидность баланса и учреждения в целом.

Рост дебиторской задолженности составил 4,2%, что негативно влияет на финансовое положение ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» в 2015 году. При этом ведется неэффективная финансовая политика в управлении дебиторской задолженностью, увеличение которой приводит к несоблюдению договорных отношений и взаиморасчетов, что отрицательно влияет на платежеспособность учреждения и его финансовое состояние.

Проанализируем состав, структуру и динамику источников финансирования (табл. 2).

Таблица 2

Пассивы баланса ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» за 2013-2015 гг., тыс. руб.

ПАССИВ	2013г.	2014г.	2015г.	2015 г. к 2013 г., %
<b>III. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА</b>				
Принятые обязательства	207,83	157,49	256,92	123,6
Платежи в бюджет	3964,04	3541,55	1847,43	46,6
Прочие расчеты с кредиторами	333,26	348,89	1135,65	340,7
Расчеты по доходам	-	7168,43	5614,03	-
<b>ИТОГО по разделу III</b>	<b>4505,13</b>	<b>11216,36</b>	<b>8854,03</b>	<b>196,5</b>
<b>IV. ФИНАНСОВЫЙ РЕЗУЛЬТАТ</b>				
Финансовый результат	22508,99	159374,76	152499,06	677,5
<b>БАЛАНС</b>	<b>27014,12</b>	<b>170591,12</b>	<b>161353,08</b>	<b>597,3</b>

Пассив баланса представляет собой сумму обязательств автономного учреждения здравоохранения. Наблюдается формирование новой системы источников с учетом изменения правовой формы учреждения. По данным таблицы 2 мы видим, что появился новые разделы, в том числе прочие расчеты с кредиторами и расчеты по доходам.

Из качественного анализа пассива баланса видно, что за исследуемый период уменьшается доля платежей в бюджет, принятых обязательств и прочих расчетов с кредиторами, на долю которых приходится около 2% в структуре пассивов.

Изменение правовой формы привело и к существенному изменению статей, где финансовый результат деятельности, его структура за один 2015 год увеличивается и становится основным в дальнейшем развитии (рис.6,7).

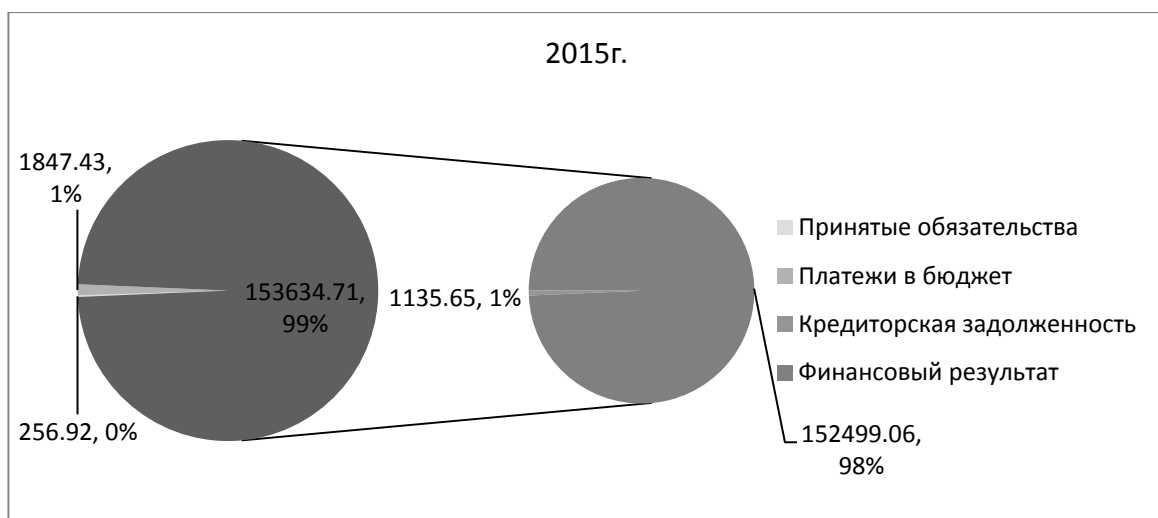


Рис. 6. Структура пассивов баланса в ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» в 2015 год

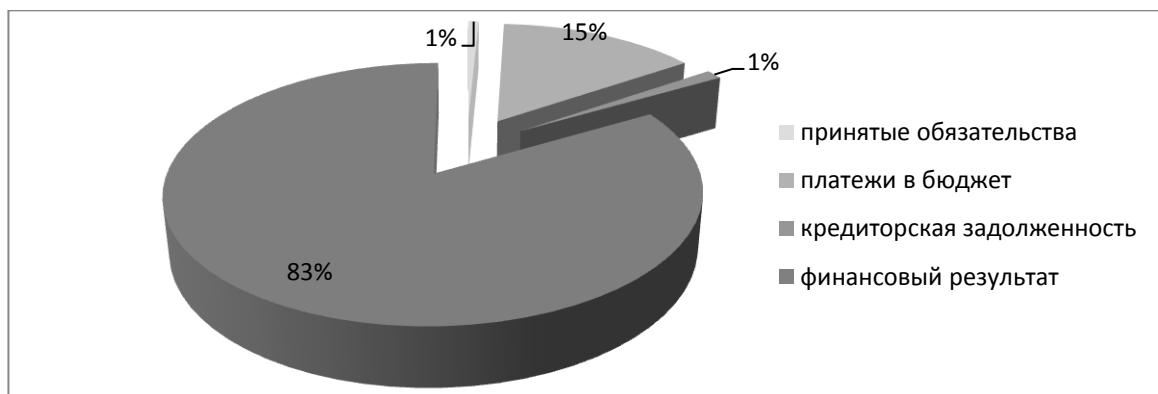


Рис. 7. Структура пассивов баланса в ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» в 2013 год

Рисунки 6,7 наглядно показывают структурные изменения, происходящие с переходом на новую организационную форму деятельности учреждения. Платежи в бюджет в 2015 году на 14% уменьшились при увеличении доли финансового результата до 98% в структуре пассивов.

Анализ ликвидности баланса заключается в сравнении средств по активу, сгруппированных по степени убывающей ликвидности, с краткосрочными обязательствами по пассиву, которые группируются по степени срочности их погашения. Обычно по степени ликвидности (срокам погашения) выделяют 4 группы активов и пассивов (табл.3).

## Анализ ликвидности баланса ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»

Наименование группы активов, порядок расчета	Значение, тыс. руб.		Наименование группы пассивов, порядок расчета	Значение, тыс. руб.		Знак (>,<>=)		Величина платежного избытка недостатка, тыс. руб.	
	2013 г	2015 г		2013г	2015 г	2013г	2015г	2013г	2015г
A1	13744,3	25406,15	П1	207,8	1135,65	>	>	-13536,5	-24270,5
A2	-240208,3	-250207,38	П2	3964,0	1847,43	<	<	244172,3	252054,81
A3	65368,3	72611,1	П3	333,3	256,92	>	>	-65035	-72354,18
A4	438143,4	313046,95	П4	0	0	>	>	-438143,4	-313046,95

Из анализа ликвидности баланса, следует, что баланс ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» является не ликвидным, так как на начало и на конец 2013 года часть условий не выполняется. Не выполнение первого условия, говорит о нехватке наиболее ликвидных активов для покрытия наиболее срочных обязательств, но и в течение 2 лет не удалось сократить величину платежного недостатка.

Второе условие выполняется, т.е. быстрореализуемые активы смогли покрыть краткосрочные обязательства, и соответственно повысить ликвидность баланса.

Третье условие выполняется и на начало и на конец года, что свидетельствует о более полном покрытии долгосрочных пассивов медленно реализуемыми активами. Выполнение последнего условия гарантирует наличие собственных оборотных средств, т.е. собственный капитал превышает внеоборотные активы, а значит, часть его вложена в оборотные активы.

Проанализируем на основе баланса государственного учреждения более детально платежеспособность при помощи финансовых коэффициентов.

Расчет показателей ликвидности, характеризующих в определенной степени платежеспособность учреждения, представлены в таблице 4.

Анализ показателей платежеспособности  
ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» за 2013,2015 годы

Наименование показателя	Порядок расчета	Нормативное значение	Фактическое значение		Изменение +,-
			2013 г.	2015 г.	
Коэффициент абсолютной ликвидности	$\frac{A1}{П1 + П2}$	$\geq 0,2-0,5$	3,29	8,51	+5,22
Коэффициент промежуточной ликвидности	$\frac{A1 + A2}{П1 + П2}$	$\geq 1$	-54,3	-75,36	-21,06
Коэффициент текущей ликвидности	$\frac{A1 + A2 + A3}{П1 + П2}$	$\geq 2$	-38,61	-51,01	-12,4

Коэффициент абсолютной ликвидности в 2013 и 2015 годах выше нормативного значения, имеет тенденцию дальнейшего увеличения этого показателя. Это можно характеризовать, что улучшилась способность предприятия покрывать текущие обязательства в сроки, которые понадобятся для возврата или реализации краткосрочной дебиторской задолженности.

Значение коэффициентов промежуточной и текущей ликвидности за исследуемый период не соответствует нормативному значению, и наблюдается тенденция их ухудшения.

Коэффициент текущей ликвидности не соответствует нормативу. Его стремительное уменьшение свидетельствует об крайне отрицательной тенденции. Показатели ликвидности в общем характеризуют ухудшение и неудовлетворительное состояние баланса ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» за 2013,2015 годы.

Таким образом, система абсолютных и относительных показателей в общих чертах показала признаки неудовлетворительного баланса. Валюта баланса в конце отчетного периода уменьшается по сравнению с началом периода, темпы роста оборотных активов ниже темпов роста внеоборотных.



## 2.2. Динамика и структура источников финансирования

Финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет бюджетных источников, средств работодателей, средств населения, где доля каждого из них предопределяет модель финансирования отрасли.

Частные особенности финансирования рассмотрим на примере Областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Санаторий «Красиво»». Финансовое обеспечение по статьям представлено на рисунке 8:



Рис. 8. Источники финансирования по статьям ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»

Главным, наиболее весомым источником бюджетного финансирования является областной бюджет. По каналам этого бюджета финансируются бюджетники (департамент образования), геронтологический контингент, доплата за льготную категорию, оздоровление детей - инвалидов в возрасте до 18 лет с сопровождающим лицом.

Учитывая кардиологическое направление специализации, санаторий использует финансовые средства Фонда обязательного медицинского страхования на долечивание кардиологических больных. Система финансирования Фонда медицинского страхования включает санаторно-курортное лечение льготной категории граждан, пострадавшие вследствие несчастных случаев на производстве.

Субсидии на выполнение государственного задания бюджета из областного бюджета направляются на долечивание беременных.

Коммерческий источник финансирования представлен как платные услуги в целом и санаторно-курортное лечение коммерческих отдыхающих.

Состав и структура источников финансирования за 2013-2015 годы представлена в таблице 5.

Таблица 5

## Состав и структура источников финансирования за 2013-2015 годы

Источники финансирования	2013 г.		2014 г.		2015 г.		2015 г. к 2013 г. +,-,%
	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	
Фонд обязательного медицинского страхования	20339,9	5,9	36408,5	10,3	37954,6	10,3	+4,4
Субсидии на выполнение государственного задания из областного бюджета	2200,0	0,6	2200,0	0,6	2200,0	0,5	-0,1
Субсидии на иные цели	10192,5	2,9	5000,0	1,4	-	-	-2,9
Платные услуги	309075,6	90,4	311372,0	87,7	330106,1	89,2	-1,9
ВСЕГО	341808	100	354980,5	100	370260,7	100	-

Анализ изменения структуры источников финансирования согласно основных направлений реформ системы здравоохранения не показал за три года существенных изменений. При этом наметился рост доли источника средств фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) на 4,4%, о чем свидетельствовали и аналитики отрасли. Все остальные источники

финансирования, представленные в таблице 6, имеют незначительное уменьшение доли в структуре в сравнении с показателями 2013 года.

Основными целями создания фондов ОМС является сохранение принципов общественного финансирования и создание инструментов, позволяющих осуществлять государственное управление объединенными источниками общественного финансирования в части системы ОМС. Основной функцией фондов является создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам по базовой программе ОМС на всей территории страны и регионов.

Исследуем исполнение плана по источникам финансирования за анализируемый период (табл.6).

Таблица 6

Исполнение плана финансирования ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»  
за 2014-2015 годы, тыс. руб.

Источники финансирования	2014 г.			2015 г.			2015 г. к 2013 г. +/-
	план	факт	испл. %	план	факт	испл. %	
Фонд обязательного медицинского страхования	36514,8	36408,5	99,7	38451,0	37954,6	98,7	-1,0
Субсидии на выполнение государственного задания из областного бюджета	2200,0	2200,0	100	2200,0	2200,0	100	0
Субсидии на иные цели	5000,0	5000,0	100	-	-	-	- 100
Платные услуги	316434,9	311372,0	98,4	338286,6	330106,1	97,6	-0,8
ВСЕГО	360149,7	354980,5	98,6	378937,6	370260,7	97,7	-0,9

В 2014 году не исполнено плановых назначений по виду финансового обеспечения – средства по обязательному медицинскому страхованию на 106 302,75 руб. или 0,3 % к утвержденным плановым показателям.

## Состав и структура расходов по источникам средств по статьям

## ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» за 2013-2015 годы

Источники финансирования	2013 г.		2014 г.		2015 г.		2015 г. к 2013 г. +,-,%
	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	Тыс. руб.	%	
Фонд обязательного медицинского страхования- итого	20339,9	5,9	34624,15	10,3	37954,6	10,3	+4,4
из них:							
Оплата труда и начисления	9314,3	2,7	15428,9	4,3	16637,2	4,5	+1,8
Приобретение работ, услуг	5508,0	1,6	10176,4	2,9	13627,2	3,8	+2,2
Прочие расходы	680,0	0,2	1142,7	0,9	1143,2	0,1	-0,1
Приобретение нефинансовых активов	4049,7	1,4	7876,1	2,2	7099,1	1,9	+0,5
<i>Дефицит/профицит</i>	789,9	-	1784,3	-	-492,6	-	
Субсидии на выполнение государственного задания из областного бюджета- итого	2200,0	0,6	2398,0	0,6	2200,0	0,5	-0,1
из них:							
Оплата труда и начисления	1606,9	0,5	2077,0	0,5	1796,4	0,4	-0,1
Приобретение нефинансовых активов	339,4	0,1	321,0	0,1	335,2	0,1	0
<i>Дефицит/профицит</i>	193,7	-	-198,0	-	68,4	-	-
Субсидии на иные цели	10192,5	2,9	5000,0	1,4	-	-	-2,9
Социальное обеспечение	3000	0,9	5000	1,4	-	-	-0,9
Приобретение нефинансовых активов	7192,5	2,0	-	-	-	-	-2,0
Платные услуги	309075,6	90,4	311372,0	87,7	333286,6	90,0	-0,4
из них:							
Оплата труда и начисления	143210,6	41,9	152286,6	42,9	160515,8	43,4	+1,5
Приобретение работ, услуг	36484,7	10,7	23783,7	6,7	24455,3	6,6	-4,1
Прочие расходы	19012,6	6,2	21353,0	6,0	20077,8	5,4	-0,8
Приобретение нефинансовых активов	107954,9	31,6	113948,7	32,1	128237,6	34,6	+3,0
<i>Дефицит/профицит</i>	7230,6	-	924,0	-	-3180,5	-	-
ВСЕГО	341808	100	354980,5	100	370260,7	100	-

Проведем качественную оценку использования (расходования) финансовых ресурсов по источникам финансирования постатейно и выявим структурные изменения. Их характеризуют данные приведенные в таблице 7, которые свидетельствуют об уменьшении субсидий на выполнение государственного задания в общем объеме финансирования до 0,5%. Субсидии на иные цели (социальное обеспечение и др.) уже отсутствуют в структуре источников финансирования. На 4,4% увеличилось ОМС и доля платных услуг остается на уровне 90%.

### 2.3. Финансовые результаты деятельности автономного учреждения

Важнейшим показателем эффективности хозяйствования являются показатели прибыли, которая в условиях перехода к рыночной экономики составляет основу экономического развития учреждений. Показатели доходности становятся важнейшими для оценки деятельности, характеризуют степень деловой активности и финансового благополучия.

Рост доходов создает финансовую базу для самофинансирования, расширенного производства, решения проблем социальных и материальных потребностей трудового коллектива (рис.9).

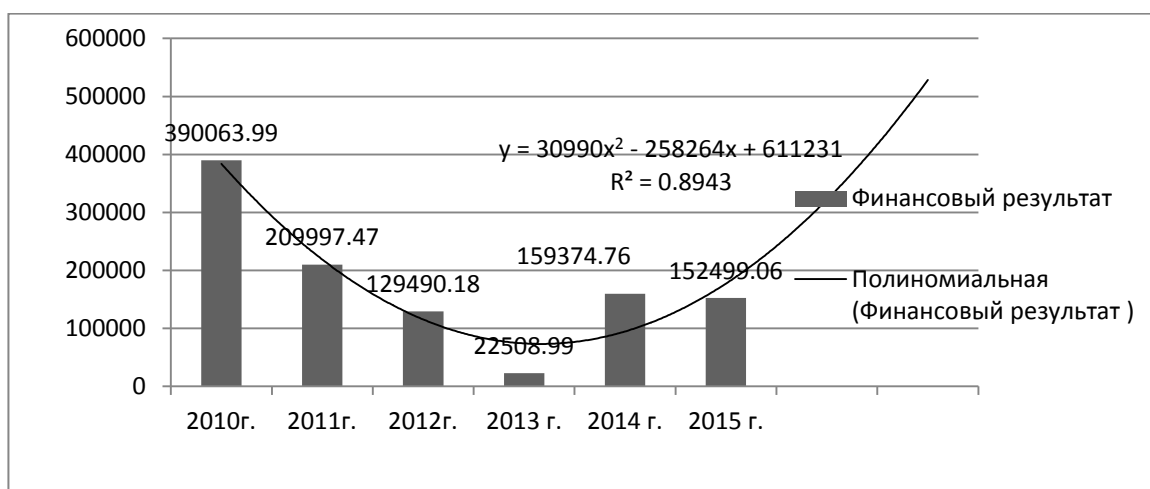


Рис.9. Тренд финансового результата ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»

Наблюдается стремительное падение финансового результата с высокой достоверностью данных, о чем свидетельствует  $R^2=0,894$ . К середине 2017 года может быть получен финансовый результат уровня 2010 года.

Согласно проведенному анализу, политика доходов сформирована в соответствии с общей политикой управления автономным учреждением и проявляется в приоритетных направлениях развития. Стратегия развития направлена на капитализацию прибыли с целью получения большего дохода в долгосрочной перспективе, т.е. приобретение нового оборудования и новом строительстве корпусов и развитии инфраструктуры. Данный путь отражает требования общей стратегии развития учреждения, обеспечивает повышение рыночной стоимости предприятия, обеспечивает материальные интересы собственников и персонала.

Характерной особенностью современного периода развития учреждений здравоохранения является поэтапное реформирование организационных форм, систем финансирования, управления путем совершенствования планирования и внедрения механизма медицинского страхования.

В качестве приоритета выступает качество оказания медицинской помощи, которое определяется достижениями в улучшении здоровья пациентов и высоких финансовых результатов работы. Кроме того, также учитывается межличностная оценка качества, связанная с уровнем комфорта, поведением работников, отзывчивости и, в конечном счете, повышением конкурентоспособности Областного государственного автономного учреждения здравоохранения.

Практика реформирования свидетельствует о формировании региональных моделей с учетом специфических признаков. Рассматривая частный пример реформы учреждения здравоохранения, важным компонентом которого являются развитие источников финансирования, которые стремятся к снижению его уязвимости в условиях конкуренции, выявим тенденцию изменения финансовых результатов деятельности

Областного государственного автономного учреждения здравоохранения (ОГАУЗ) Санаторий Красиво (рис.10).

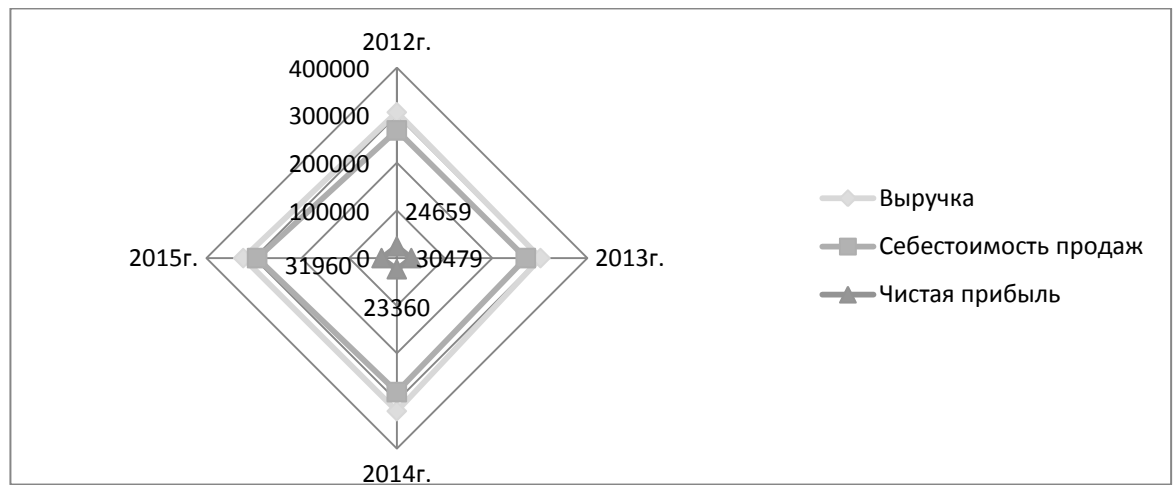


Рис. 10. Формирование чистой прибыли ОГАУЗ Санаторий «Красиво» за 2012-2015 годы, тыс. руб.

Финансовые результаты деятельности Областного государственного автономного учреждения здравоохранения за исследуемый период свидетельствуют об относительно стабильном развитии и росте чистой прибыли на 29,6%. Это достигается за счет реализации программно-целевого планирования на основе анализа денежных потоков, доходов и расходов во времени. Эффективность бюджетного учреждения зависит от инвестиционной, финансовой и операционной деятельности в соответствии с графиком расходования денежных средств и определения промежуточных затрат с учетом количества и качества предоставления медицинских услуг. При этом наблюдается рост затрат и цены платных услуг.

Высокий уровень материально-технической базы, высококвалифицированные кадры, а также ассортимент и качество предоставляемых услуг - это главные конкурентные преимущества ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»». Наиболее сильное влияние на изменение доходности оказала реорганизация учреждения. При этом отрицательное влияние оказывает ценовой фактор и платежеспособность населения. Однако, при

наличии негативных факторов наблюдается в целом положительная динамика роста спроса на качественные услуги учреждения.

Проведенное исследование выявило сильные и слабые ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» и его конкурентные преимущества (табл.7).

Таблица 7

## Результаты SWOT-АНАЛИЗА слабых и сильных сторон

Сильные стороны	Слабые стороны
<ul style="list-style-type: none"> <li>– выгодное местоположение;</li> <li>– высокая материально-техническая база санатория;</li> <li>– качество персонала и обслуживания;</li> <li>– долгий опыт работы.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– несколько высокий уровень цен;</li> <li>- слабо развита конкуренция;</li> <li>-ухудшение показателей ликвидности и платежеспособности учреждения;</li> <li>- значительный размер налоговых платежей.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– умеренные цены по бюджетным направлениям;</li> <li>– широкий ассортимент услуг;</li> <li>– высокое качество услуг;</li> <li>– широкая география потребителей.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– специализация на отдельных видах продукции;</li> <li>- нет опыта переходного периода к новым источникам финансирования;</li> <li>- новые инструменты и методы регулирования.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– постепенное реформирование учреждения;</li> <li>– повышение самостоятельности формирования и использования финансовых ресурсов;</li> <li>– развитие коммерческих источников финансирования.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– повышения уровня операционного риска;</li> <li>– рост финансового риска;</li> <li>– неразвитость системы стимулирования.</li> </ul>

Таким образом, существующий финансовый механизм способствует повышению качества и эффективности учреждения здравоохранения и предоставления медицинских услуг путем обеспечения улучшения здоровья населения и поддержания организма в работоспособном состоянии. Системы финансирования создает стимулы для повышения качества и эффективности, улучшения деятельности системы здравоохранения по этим направлениям является не только результатом финансовых стимулов, но и совершенствовании организационных мероприятий, аккумуляции ресурсов и управления.



Рассмотрев механизм формирования доходов, анализ состава, структуру источников финансирования, конечные результаты деятельности ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» можно выделить следующее:

1. Создана законодательная основа развития источников финансирования автономных учреждения здравоохранения, которые имеют тенденции роста, за исключением субсидирования.

2. Реформирование источников формирования и использования финансовых ресурсов учреждения сопровождается как положительными признаками, так и негативными, среди которых можно выделить ухудшение ликвидности баланса и платежеспособности. Структурные изменения источников финансирования ориентированы на увеличение доли платных услуг и санаторно-курортного лечения коммерческих отдыхающих.

3. Увеличение финансового результата деятельности происходит за счет увеличения доли доходов от платных услуг и улучшения качества обслуживания.

Главным конкурентным преимуществом ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» являются природно-климатические условия и высокий уровень материально-технической базы, высококвалифицированные кадры, а также ассортимент и качество предоставляемых услуг.

Оценивая влияние факторов на изменение доходности, наиболее сильное влияние на изменение показателя оказала реорганизация учреждения. При этом отрицательное влияние, но меньшее по значению, на наш взгляд, оказал ценовой фактор и платежеспособность населения.

Однако, при наличии негативных факторов развития финансирования исследуемого автономного учреждения, наблюдается в целом положительная динамика роста спроса на качественные услуги учреждения.

### ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ АВТОНОМНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

#### 3.1. Приоритетные направления развития источников финансирования здравоохранения

На основе изучения теоретических основ и исследования практики реформирования здравоохранения и развития источников финансирования в автономных учреждениях нами было выявлено ряд особенностей и приоритетов. Судя по официальным цифрам, финансирование здравоохранения в РФ растет.

Суммарно объем расходов на здравоохранение все еще составляет менее 4 % российского ВВП, и этот уровень сопоставим с расходами таких стран, как Турция, Куба, но в Европе в среднем на здравоохранение тратят в два раза больше — 7-8% ВВП, в США более чем в 4 раза. Как показывает практика, это именно тот уровень расходов, на который необходимо выйти, чтобы обеспечить высокое качество лечения граждан (рис. 11).

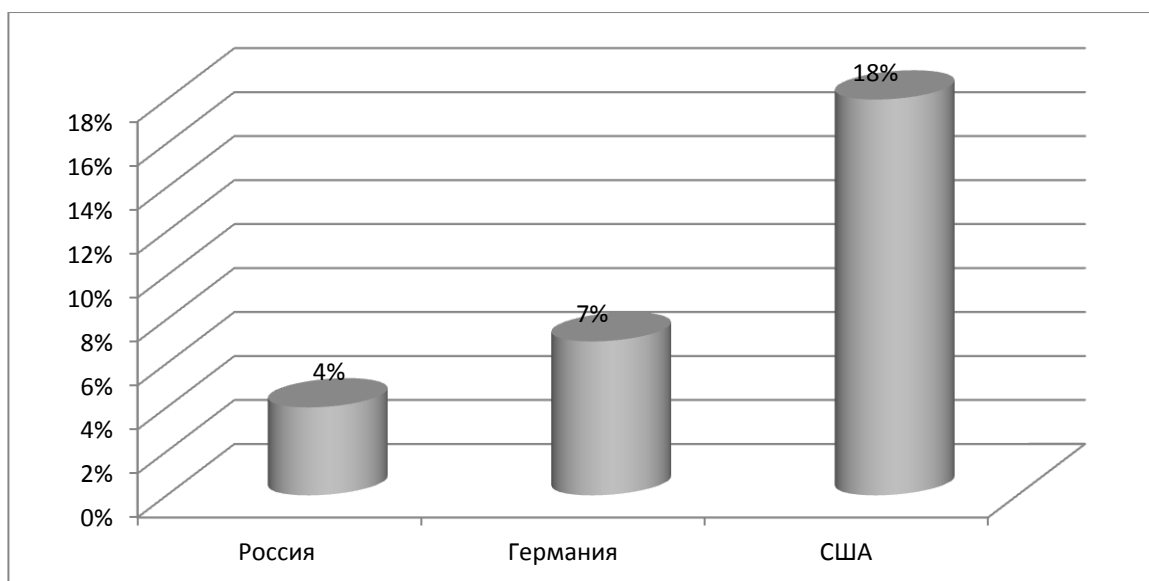


Рис.11. Сравнительная доля расходов на здравоохранение, % к ВВП

Отечественная практика показывает то, что лечат нас вовсе не проценты ВВП (которые у нас недостаточно велики), а скромные бюджетные гарантии, которые вместе с доходами ОМС должны были обеспечить право россиян на бесплатное государственное здравоохранение.

Программу госгарантий необходимо конкретизировать, так как средств финансировать ее исполнение в нынешнем виде у государства недостаточно, о чем и свидетельствует размер одноканального ОМС финансирования в общем бюджете здравоохранения (рис.12).

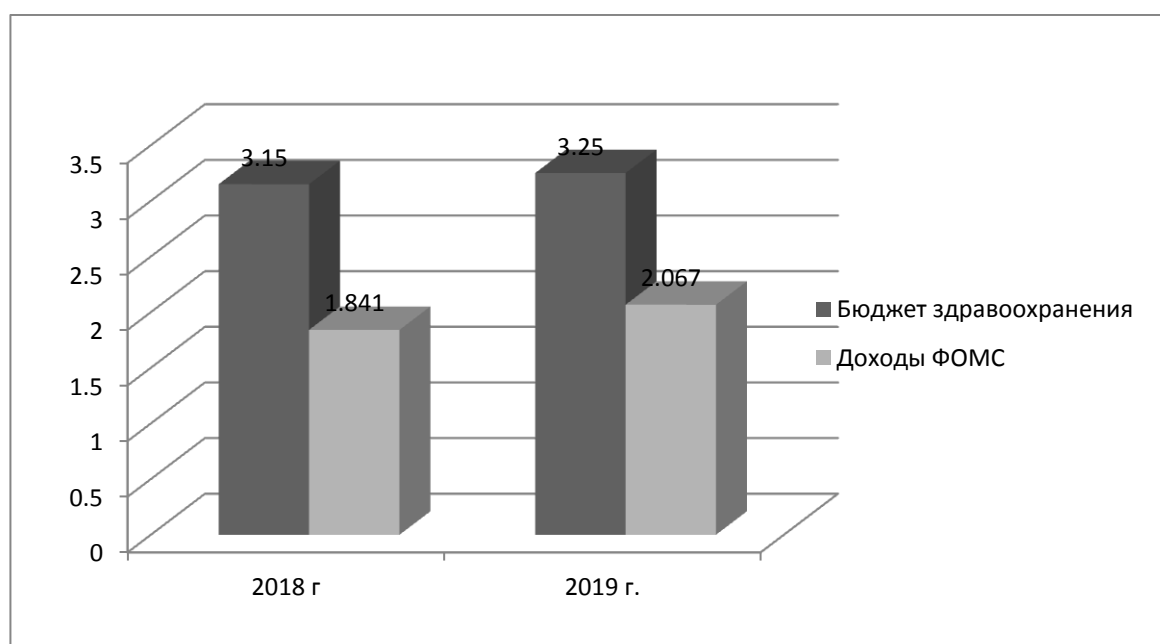


Рис.12. Показатели бюджета здравоохранения РФ и доходов ФОМС на 2018-2019 годы

Социальная политика в России останется прежней, где бюджет не падает, а растет. Бюджет здравоохранения на 2017 год вырос. Рост продолжится и в последующие годы: в 2018 году — до 3 трлн. 150 млрд, в 2019 - 3 трлн. 250 млрд. рублей.

Доходы ФОМС на 2017 год предусмотрены в сумме 1,7 триллиона рублей, на 2018 год – 1,841 триллиона рублей, на 2019 год – 2,067 триллиона рублей; расходы — 1,735 триллиона рублей, 1,912 триллиона рублей и 2,022

триллиона рублей соответственно. Закон позволит обеспечить выполнение государственных обязательств в части финансирования базовой программы ОМС и оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, отмечали ранее в кабинете министров.

В бюджете фонда зарезервированы средства нормированного страхового запаса — на 2017 год 77,7 миллиарда рублей, на 2018 год – 2 миллиарда рублей, на 2019 год — 20,4 миллиарда рублей.

Ещё 8–10 лет назад в стране не было практически ни одного перинатального центра. Сейчас почти в каждом регионе они заработали. При этом несколько лет назад в России делалось всего несколько тысяч высокотехнологичных операций в год. В настоящее время около 1 млн. в год.

Документом предусматривается также выделение дотаций федеральному бюджету для субсидирования расходов региональных бюджетов по оказанию высокотехнологичной медпомощи, не включенной в базовую программу ОМС [49.С.74-82].

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» планировалось создание рыночного механизма взаимодействия между субъектами медицинского страхования с элементами конкуренции. Предполагалось, что производители медицинских услуг и страховые компании будут экономически заинтересованы в повышении качества медицинской помощи и эффективном использовании финансовых средств. Однако этого не произошло. Реформаторы не учли сложившейся социально-экономической и политической ситуации в стране[44,С.160].

Введение ОМС проходило в период продолжающегося экономического кризиса в условиях недостаточного финансирования, когда прописанные в законе экономические принципы не работают. Система ОМС не стала дополнительным источником финансовых средств. В условиях хронического недофинансирования всех бюджетополучателей ассигнования на

здравоохранение повсеместно уменьшались на величину получаемых средств по линии ОМС.

Переход к новой системе финансирования не обеспечит решение всех проблем на данном этапе развития отрасли, но, на наш взгляд, позволит обеспечить лучший доступ и повысить качество медицинских услуг более широким слоям населения (рис.13).



Рис.13. Движение финансовых потоков при переходе на преимущественно одноканальное финансирование

В настоящее время на одноканальную схему финансирования из фонда ОМС полностью переведена скорая помощь. Что, по мнению многих специалистов, фактически привело к ее развалу. К концу 2015 года на подобную же схему перейдет все российское здравоохранение. Сегодня

государство продолжает отдельно финансировать лечение только таких социально значимых заболеваний, как ВИЧ, гепатит, психические расстройства.

Переход на одноканальное финансирование всех видов помощи, в том числе и высокотехнологичной (ВМП), привел к тому, что к концу года квот на лечение пациентов со сложными заболеваниями может не хватить, хотя Минздрав выделяет дополнительные квоты, очевидно, что финансирование недостаточно. В этом году из средств ФФОМС начали оплачивать лечение онкологических заболеваний и проведение гемодиализа, и пациенты в ближайшее время могут столкнуться с нехваткой квот [44,С.163].

В ближайшее время к системе страхования в стране будут предъявлены абсолютно новые требования. Потому что сегодня страховые организации получают лицензию на основании, прежде всего, финансовых показателей, и в расчет не принимается возможность контроля с их стороны качества оказания медицинских услуг. Эта система должна быть пересмотрена и дополнена очень четкими жесткими требованиями в отношении именно контроля за медицинской деятельностью.

Следовательно, при внедрении принципа одноканального финансирования отрасли, а также конкретизации государственных гарантий оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должно быть предусмотрено создание системы сглаживания финансовых условий реализации территориальных программ государственных гарантий в субъектах РФ в части базовых программ медицинского страхования (на основе минимального подушевого норматива территориальных программ государственных гарантий).

Большая разница в уровне финансирования территорий не обеспечивает гарантий равного права всех граждан на медицинскую помощь. Сохраняются резкие различия в уровне фактического среднедушевого финансирования в различных субъектах РФ.

На сегодняшний день существует ряд проблем финансового обеспечения здравоохранения:

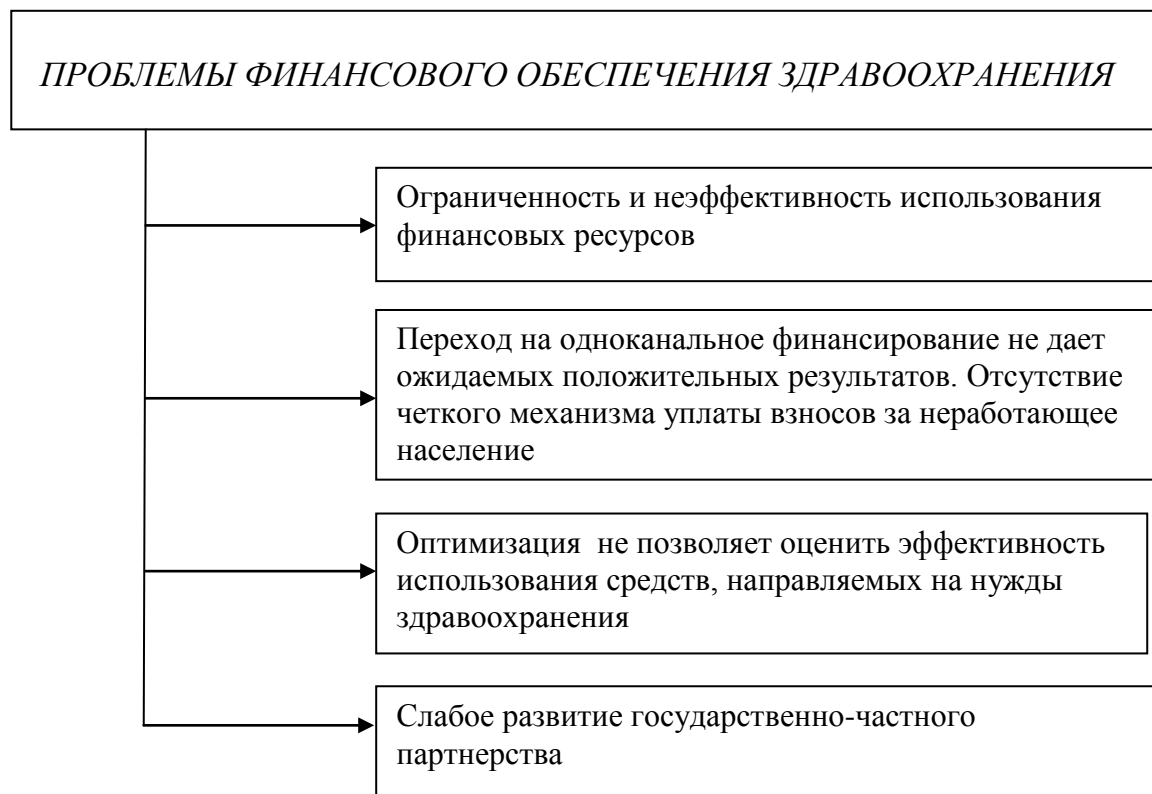


Рис. 14. Основные проблемы финансового обеспечения здравоохранения

Одной из основных причин существования этих проблем является многоканальность финансирования. Несмотря на то, что многоканальная система существует в ряде стран, тип финансирования, который сложился в России, является не достаточно благополучным.

Основной проблемой финансирования здравоохранения является ограниченность финансовых ресурсов отрасли при неэффективном использовании имеющихся ресурсов. Произошедшая децентрализация, с одной стороны, расширила полномочия для субъектов и муниципальных органов исполнительной власти, с другой, вместе с переданными полномочиями не произошло реальной передачи финансовых средств на их реализацию.

### 3.2. Инвестиционная привлекательность санаторно-курортного бизнеса

Согласно последним данным Минздрава, в России 1875 санаториев. И в мире таких рынков просто нет. Близкие по духу форматы есть разве что в Европе, но местные спа-центры больше ориентированы на релакс, детокс и косметологию — о сколь-нибудь серьёзных программах лечения и уже тем более медицинской реабилитации речь там не идёт. Ещё есть бальнеологические и грязевые курорты, но и они предполагают свободное посещение — пациент живёт в отеле и просто ходит в соседнюю лечебницу. Такое оздоровление тоже не предполагает контроля со стороны врача.

Инвестиционная привлекательность санаторно-курортного дела стала главной темой прошедшего в конце августа 2016 года Госсвета. В настоящее время отрасль ожидает появления поручений по итогам этого высокого собрания. Предположительно, они будут содержать преференции — налоговые льготы для санаториев и субсидирование процентных ставок по кредитам для профильных инвестпроектов.

Частный рынок санаториев сформировался во многом благодаря Федерации независимых профсоюзов России (ФНПР) и региональных профобъединений — им после распада Союза перешла большая часть здравниц. Кризис в конце 1990-х поднял спрос на внутренний туризм и заодно на санаторно-курортный отдых. К середине нулевых здравницами всерьёз заинтересовались частные инвесторы. Профсоюзы не могли упустить такую возможность: из примерно 678 профсоюзных санаторно-курортных объектов была приватизирована или продана примерно половина (точные данные ФНПР держит в секрете). Самые интересные санаторные активы ФНПР, естественно, оставила себе [60,С.99-100].

В середине 2000-х гостиничная сеть AMAKS Hotels & Resorts приобрела у профсоюзов санаторий ЗАО «Курорт Усть-Качка», а через несколько лет — ЗАО «Курорт Старая Русса». Другие лидеры отрасли — «Курорт



Белокуриха», Plaza Spa Hotels, «Ульяновсккурорт» — также развивались на базе профсоюзных здравниц. То же самое с геленджикским лечебным пансионатом «Приморье» — в начале 2000-х у профсоюзов его купила московская УК «Гостиничные технологии», подконтрольная компании «Финансовые системы», которую «Ведомости» считают близкой к руководителю Минпромторга Денису Мантурову.

Помимо ФНПР избавлялись от своих санаториев и ведомства — передавали на баланс регионов или продавали, пусть и не всегда успешно. Например, пять лет назад Управление делами президента в обход процедур приватизации передало частной компании, зарегистрированной в Сингапуре, Санаторий им. Г.К. Орджоникидзе в Сочи. Летом 2015 года арбитражный апелляционный суд Краснодарского края признал сделки недействительными и постановил вернуть собственность государству.

Совокупный объём рынка санаторно-курортных услуг, по оценкам Национальной курортной ассоциации, в 2015 году достиг отметки 119 млрд рублей. Сколько пришлось на частных операторов, сказать трудно. По данным Минздрава, около трети санаториев являются «негосударственными». В это понятие входят не только частники, но многочисленные профсоюзные здравницы. Кроме того, с разной степенью активности коммерческими путёвками приторговывают ведомства. Объём таких «внешних» продаж, согласно подсчётам Vademecum, варьируется от 20% до 80%. Исключение составляют санатории МВД, ФСБ и СВР, работающие по ведомственному принципу «строго для своих».

Самые крупные частные игроки рынка уже переросли отдельные санатории и начали строить сети. Первая из них — AMAKS Hotels & Resorts, созданная пермскими бизнесменами Валерием Гараевым, Дмитрием Златкиным и Александром Аспидовым. На втором месте — алтайская сеть «Курорт Белокуриха», контрольный пакет акций которой принадлежит Александру Бенгардту, на третьем — ставропольская Plaza Spa Hotels,

принадлежащая компании AFI Development израильского предпринимателя Льва Леваева (рис. 15).

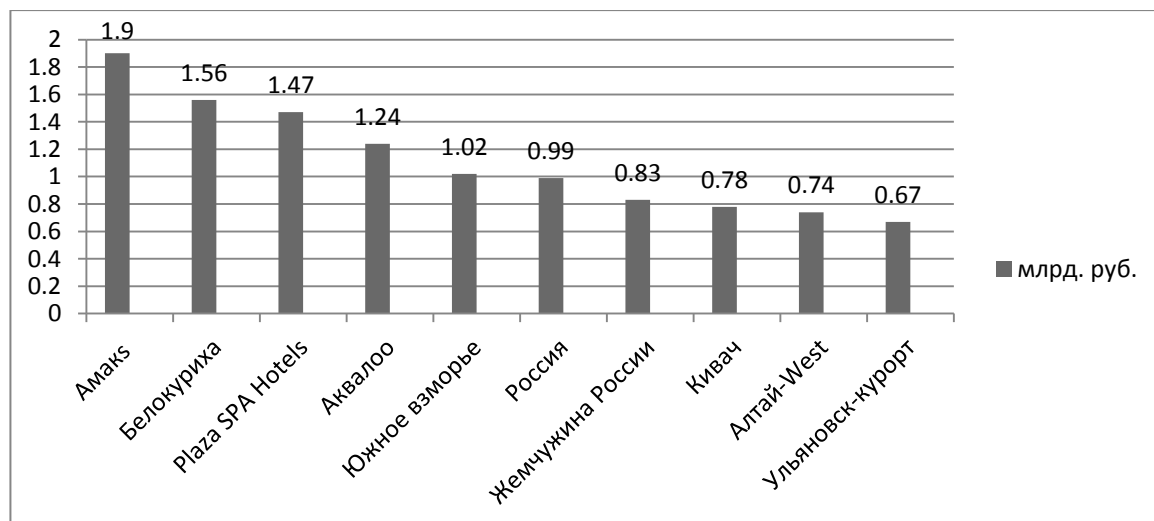


Рис. 15.Топ 10 частных российских санаториев по выручке в 2015 году

Наиболее грозные конкуренты частников — санаторные сети Управления делами президента (УДП) и ОАО «РЖД-Здоровье», которые очень активно ведут коммерческую деятельность. Санатории УДП на 80% ориентированы на коммерческие продажи, «РЖД-Здоровья» — более чем на 50%. Совокупная выручка 20 санаториев УДП не раскрывается, но, по некоторым оценкам, она не меньше показателей 19 точек «РЖД-Здоровья», сгенерировавших в 2015 году в общей сложности 3,4 млрд рублей — больше всех в отрасли за 2015 год.

Самые грамотные управленцы стараются минимизировать сезонный фактор. В среднем по России рентабельность сезонного санатория находится на уровне 10–15%, а у круглогодичного может достигать 20–30%.

В этом смысле показателен пример алтайского курорта Белокуриха (не путать с сетью «Курорт Белокуриха»), на котором развивается одновременно несколько частных санаториев. Здесь низкий сезон измеряется не неделями, а месяцами [41,С.19-23].

Важное преимущество Белокурихи — ориентация всех игроков местного рынка на медицину. Многие курорты отодвинули санаторное лечение на второй план, построили гостиницы и развлекательную инфраструктуру, что со стороны владельцев было большой ошибкой — вид на море в долгосрочной перспективе проигрывает опыту, лечебной базе и компетенциям медицинского персонала.

Другое направление работы — диверсификация услуг, особенно в курортных районах. Например, сочинский санаторий «АкваЛео», построенный экс-гендиректором «Норильского никеля» Джонсоном Хагажеевым, зарабатывает в том числе на круглогодичном аквапарке. Кто-то отдельно продвигает бассейн, кто-то — косметологию, а некоторые санатории в низкий сезон переключаются на организацию «свадеб, юбилеев и торжеств».

Оптимизированная структура управления — тоже серьёзное преимущество частных перед ведомственными структурами. Любой ведомственный санаторий всегда находится в подвешенном состоянии, зависит от финансирования головной компанией. Основа деятельности это ориентация на рынок и на конкурентов.

Львиная доля клиентов частных санаториев — физические лица. Здравницы реализуют путёвки через туроператоров и турагентства, а также через собственные отделы продаж. В некоторых местах можно забронировать на их сайтах или даже на сайтах вроде [booking.com](http://booking.com), [gokurort.ru](http://gokurort.ru) и [russiakurort.ru](http://russiakurort.ru) и других.

Другой канал привлечения пациентов — корпоративные заказы крупных предприятий (по программам ДМС и по прямым договорам). Например, у ЗАО «Ульяновсккурорт» с выручкой в 580 млн. рублей в 2016 году самый крупный контракт на санаторно-курортное лечение (23,4 млн. рублей) подписан с АвтоВАЗом, у «Алтай-West» самый большой заказчик — «Транснефть-Сибирь (17,6 млн. рублей). Но постепенно выручка от этой части бизнеса снижается. Это раньше львиную долю путёвок приобретали

крупные предприятия — например, "Сургутнефтегаз" в середине 1990-х брал не менее 1000 путёвок, что очень много, и люди проходили полноценный курс лечения продолжительностью 21 день. Сейчас же корпоративный покупатель заметно обмельчал. Собственники экономят на работниках. Поэтому и доля путёвок, купленных предприятиями, заметно сократилась, да и сами санатории уже дистанцируются от этого потока пациентов.

Два наименее значительных финансовых потока — фонды обязательного медицинского (ОМС) и социального (ФСС) страхования. В системе ОМС в 2015 году были задействованы лишь 104 санаторно-курортные организации, с фондом соцстрахования поработали 470 организаций. ФСС и политика компаний, пытаются диктовать условия, требуя большие скидки, растут тарифы. Поэтому управленцы комплексов делают ставку на прямые продажи. Игроки рынка не прочь активнее взаимодействовать с государством, но тарифы пока их не привлекают. Подмосковный санаторий «Отрадное» группы компаний «Медси» работает сразу по нескольким направлениям (нейро- и кардиореабилитация, восстановление при заболеваниях опорно-двигательного аппарата и после травм), но за лечение пациенты в основном платят из своего кармана. Работа по ОМС не очень выгодна. ОМС позволяет разве что "догрузить" мощности санаториев. Основной поток составляют, конечно, коммерческие пациенты из разных регионов.

Особая актуальная проблема на сегодня это привлечение частных инвестиций в санаторно-курортную отрасль. Активизация спроса на внутренний туризм подстегнула в первую очередь собственников санаториев на Юге России — в Краснодарском крае и Крыму. Vademecum обнаружил в начале июня 2016 года как минимум 16 санаториев, выставленных на продажу в Крыму и Краснодаре и оценённых в совокупности в 11,6 млрд. рублей. Ещё около 30 продавцов предлагали инвесторам как можно скорее вложить в общей сложности 14,6 млрд. рублей в причерноморские земельные участки.

Игроки и знатоки рынка курортной недвижимости уверяют, что это лишь вершина айсберга, а реальное предложение на порядок больше. Объявления о продаже санаториев можно найти даже на Avito. Интерес инвесторов объясним: в готовый объект нужно вложить порядка 100 млн., а чтобы построить новый, нужно около 3 млрд. рублей.

Основные покупатели — госкомпании и особенно профсоюзы. Самая крупная сделка последних двух лет — покупка национализированного санатория «Форос» в Крыму. Федерация профсоюзов Республики Татарстан приобрела его за 1,4 млрд. рублей. Частные инвесторы предложениями интересуются, но с покупками пока не спешат — пугает специфика санаторного бизнеса.

Подходящий для себя санаторий, к примеру, подыскивает авиакомпания S7. В частности, авиаперевозчик интересовался сочинским пансионатом с лечением «Лучезарный», но в последний момент сделка сорвалась. В самой S7 предпочитают на эту тему не распространяться.

Сторонних вливаний очень ждут и в Белокурихе. Сеть «Курорт Белокуриха» решила масштабировать свой опыт управления санаторным бизнесом и инициировала создание по соседству целого профильного кластера под названием «Белокуриха-2». Этот проект даже вошёл в ФЦП «Развитие внутреннего и въездного туризма в РФ» на 2011–2018 годы. По словам Олега Акимова из сети «Курорт Белокуриха», на территории «Белокурихи-2» планируется построить не менее 18 лечебниц на 3500 мест. На это потребуется как минимум 10 млрд. рублей.

Но пока инвесторов больше интересуют сопутствующие туристические объекты. Гостиничная сеть Hilton намерена возвести отель на территории «Белокурихи-2», а московская ГК «Олимпик Сити» строит горнолыжный комплекс. Аналогичная ситуация и в Краснодарском крае: бывшие площадки санаториев выкупаются и переделываются в гостиничные комплексы и коттеджные посёлки.

Таким образом, инвестиционная привлекательность характеризуется частной формой ведения санаторно-курортного бизнеса и в основном ориентирована на развитие рыночных механизмов финансирования.

### 3.3. Совершенствование источников финансирования ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»

Проведенное исследование внешних факторов, влияющих на формирование новой системы финансирования, позволило выявить и специфические особенности формирования и использования источников финансирования ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»».

Отличительные характерные главные изменения в деятельности государственного автономного учреждения это изменения финансирования представим на рисунке 16.



Рис.16. Главные изменения финансирования автономных учреждений

Региональный вариант реформирования на примере ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» демонстрирует в настоящее время адаптивную модель

финансирования, где источники финансирования учреждения можно классифицировать в 4 группы, которые в той или иной степени дополняют друг друга:

- субсидия на выполнение государственного задания;
- субсидия на содержание имущества;
- иные субсидии, включая средства ОМС;
- доходы от предпринимательской и иной, приносящей доход деятельности.

Существующая модель бюджетно-страхового финансирования учреждений является, по сути, моделью двойного финансирования их деятельности. Финансирование содержания ЛПУ 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 учреждений, необходимых для оказания медицинской помощи в объемах, соответствующих мощности этих ЛПУ. А именно такая ситуация имеет место в последнее десятилетие.

Реальная бюджетно-страховая система финансирования, сложившаяся к настоящему времени, существенно отличается от первоначального замысла, реализованного в законе о медицинском страховании.

Желание сохранить высокий уровень оказания медицинской помощи заставляет компенсировать имеющийся дефицит за счет пациентов. Хорошо известно, что расходы населения при обращении за медицинской помощью постоянно увеличиваются: это могут быть выплаты в адрес лечебно-профилактических учреждений или непосредственно медицинскому персоналу, через систему платных услуг (дополнительные расходы на питание, мягкий инвентарь, транспорт и др.), и это способствует развитию теневой экономики в здравоохранении.

Существующая модель финансирования автономного учреждения здравоохранения достаточно сложна. Финансирование может поступать в ЛПУ от страховых компаний по гражданско-правовым договорам за оказанные объемы услуг; из соответствующих бюджетов по нормативам стоимости бюджетных услуг; из территориального фонда ОМС и как оплата за оказание платных услуг. Это оборачивается существенными проблемами, в частности – низким уровнем прозрачности и эффективности управления расходами. В рамках модернизации здравоохранения предполагается переход на одноканальное финансирование медицинских учреждений, когда все деньги пойдут в рамках тарифа ОМС. При внедрении принципов одноканального финансирования в региональном здравоохранении возникают определенные проблемы, однако такое финансирование имеет преимущества в плане сбора статистической медицинской информации и оценки эффективности затрат в медицинском учреждении.

Основные проблемы создания эффективной системы финансирования связаны с отсутствием разработанных подходов к решению ряда вопросов:

- несбалансированность госгарантий обеспечения граждан медицинской помощью и их финансового обеспечения;
- несоответствие тарифов размерам необходимых затрат медицинских учреждений на оказание медицинской помощи;
- отсутствие научно обоснованных нормативов для финансирования;
- слабое использование рыночных механизмов при организации оплаты деятельности медицинских учреждений.

В настоящее время сложилась система оплаты медицинских услуг в учреждениях здравоохранения, работающих в системе ОМС, по тарифам, которые включают основные статьи расходов. Остальные статьи затрат оплачиваются за счет бюджетов соответствующего уровня. Ряд регионов, имеющих достаточные финансовые возможности системы ОМС, имеют право



и осуществляют финансирование медицинской помощи по большому количеству статей затрат за счет средств ОМС.

Необходимо экономически обосновать и конкретизировать затраты, необходимые на осуществление разных видов медицинской помощи, которые должны осуществляться за счет бюджетов и ОМС.

В настоящее время платная медицина в большей своей части охватывает объем услуг, которые подпадают под Программу госгарантий оказания населения РФ бесплатной медицинской помощи.

Увеличение расходов населения на платные услуги свидетельствует о замещении бюджетных расходов частными, в результате увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении медицинской помощи соответствующего качества, что отражается на малообеспеченных. Об этом свидетельствует большинство территорий с низким уровнем платежеспособности населения Северная Осетия, Красноярский край, Ростовская область, Дагестан, в том числе и Белгородская обл..

На данном этапе платная медицина не сможет решить проблемы финансирования здравоохранения. Для поддержания конкурентоспособности государственным учреждениям здравоохранения требуется повысить свою организационную компетенцию по улучшению качества оказываемых медицинских услуг, контролю за ним и информированию об этом. Среди преимуществ оказания платных услуг в бюджетных учреждениях территории выделяют доверие населения к традиционно сложившейся системе оказания медицинской помощи, концентрацию дорогостоящего оборудования, наличие высококвалифицированных специалистов, многопрофильность многих ЛПУ.

В настоящее время отсутствует нормативно-правовой акт в сфере регулирования предоставления платных медицинских услуг населению. Постановление Правительства N 27 устарело и вошло в противоречие с законодательными актами, прежде всего с законом "О защите прав

потребителя". Необходимо на федеральном уровне разработать и установить единый типовой порядок (в том числе в формировании тарифов) и регламентировать условия предоставления платных медицинских услуг на всех уровнях системы здравоохранения. Не допускать перекладывания оплаты населением гарантируемых ему государством видов и объемов бесплатной медицинской помощи.

Развитие автономных учреждений здравоохранения и частные примеры реализации реформы требуют разработки мероприятий проведения ревизии финансирования, которые в первую очередь предусматривают планирование расходов и ресурсов по источникам финансирования и контроль его исполнения (рис. 17).

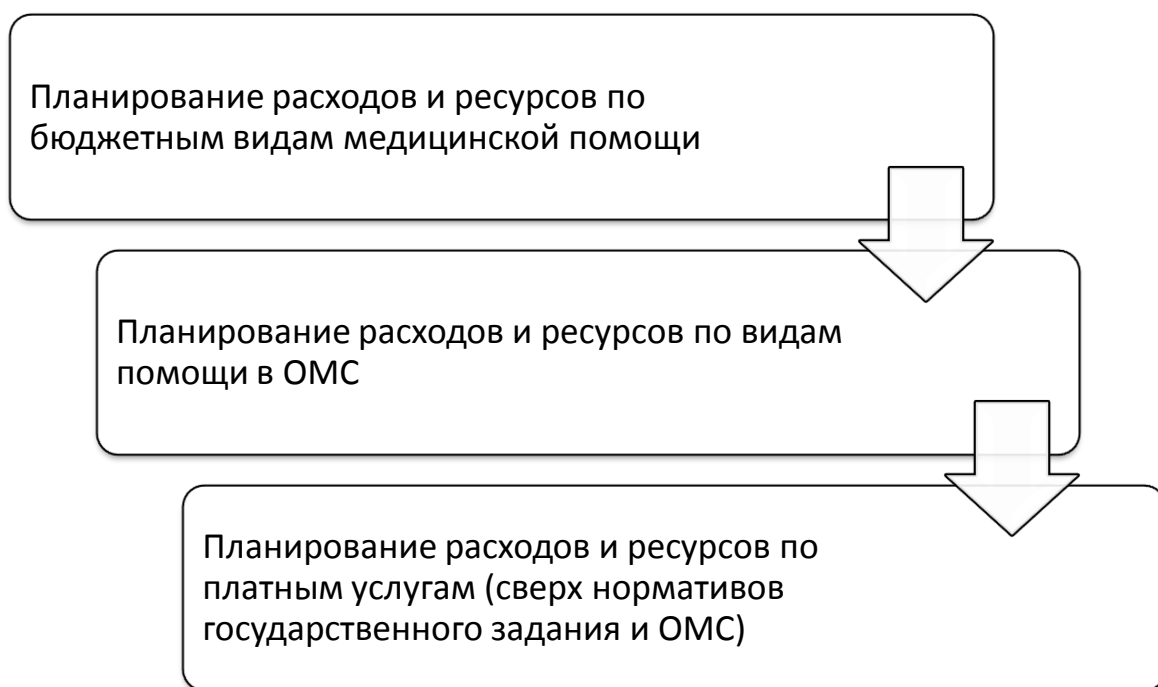


Рис. 17. Планирование расходов и ресурсов по источникам финансирования

Структурные преобразования и управление расходами должны включать:

- субсидия на выполнение государственного задания (нормативные объемы «бюджетных» видов медицинской помощи умножить на норматив стоимости бюджетной услуги);

- субсидия на выполнение программы ОМС (нормативные объемы помощи по ОМС умножить на норматив стоимости, то есть тариф ОМС);

- субсидия на содержание имущества, находящегося в оперативном управлении - нормативные затраты на коммунальные платежи, содержание имущества (стоимость сверх 100 тыс. руб.), капитальные затраты;

- сверхнормативные расходы в том числе:

1. Объект развития предпринимательства (платные услуги и иная приносящая доход деятельность);

2. Аутсорсинг непрофильных, профильных функций.

Мы предлагаем в системе управления расходами автономного учреждения здравоохранения применять современный рыночный метод операционный анализ и на его основе графическим методом определить точку безубыточности и запас финансовой прочности (рис.18).

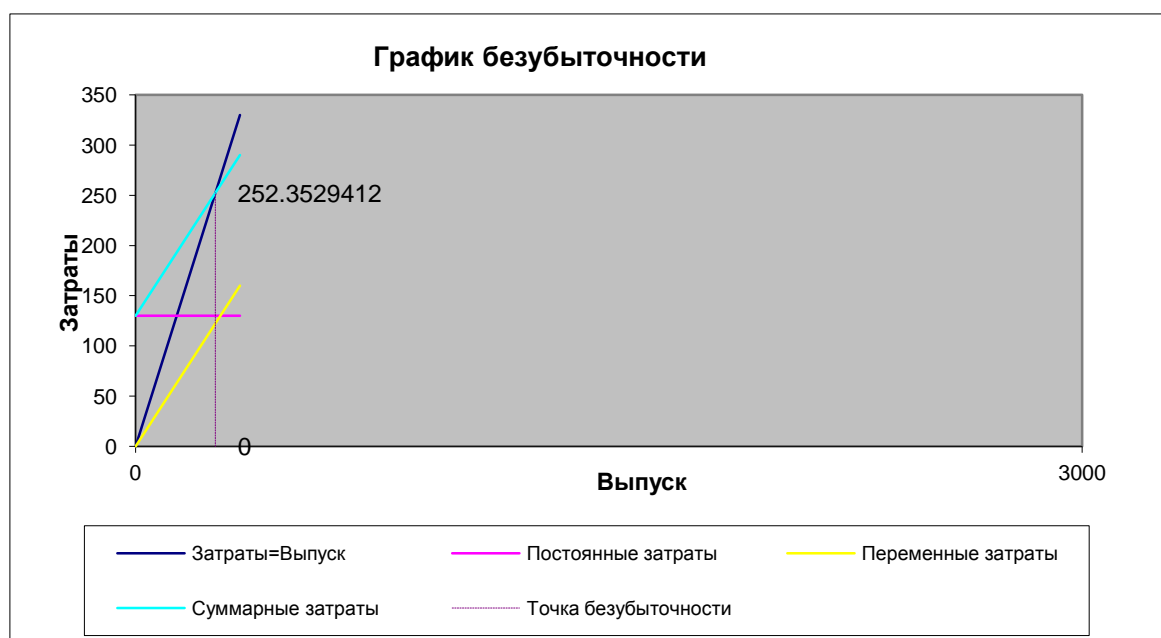


Рис. 18. Расчет точки безубыточности по фактическим данным 2015 года, млн. руб.

Нами графически определена точка безубыточности равная 252,35 млн. руб. при доле постоянный затрат 39%. Запас финансовой прочности составит  $322533 - 252353 = 70180$  тыс. руб. или 21,7% к фактической выручке 2015 года.

Рассчитаем точку безубыточности при условии когда суммарные затраты не изменяются, а изменяется структура. В данном варианте предусмотрим возможное уменьшение доли постоянных затрат на 10% и получим наглядное изображение точки безубыточности (рис.19).

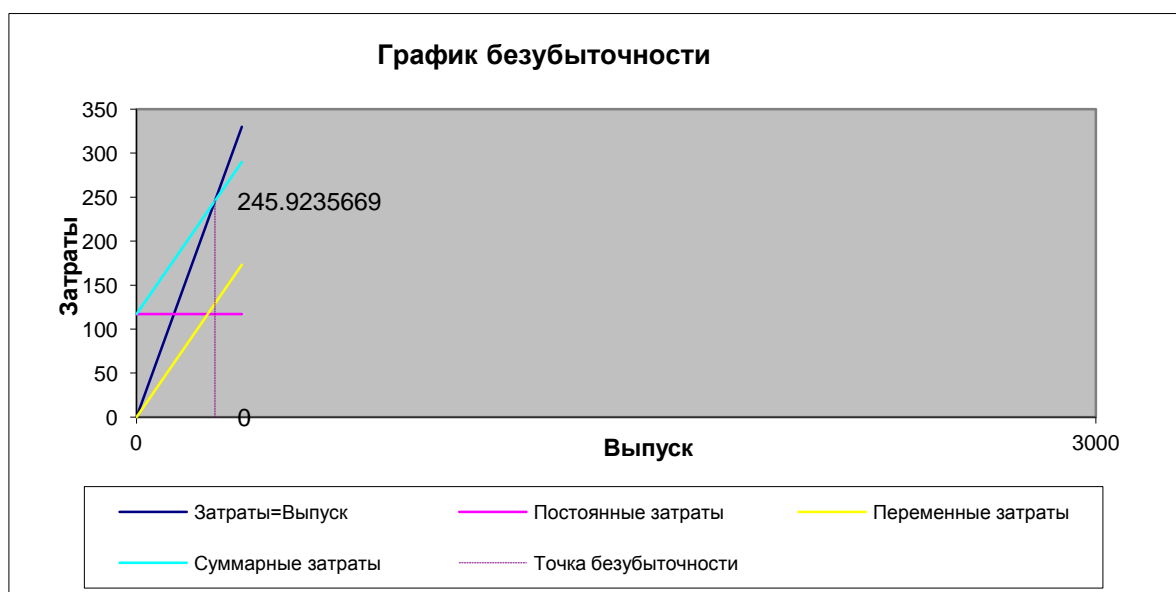


Рис.19. Расчет точки безубыточности при уменьшении доли постоянных затрат на 10%, млн. руб.

Данный вариант расчета показал, что темпы снижения выручки меньше на 3% и составили 7% в сравнении с фактическими данными 2015 года. Планирование расходов и ресурсов по источникам финансирования должно основываться на системе методов планирования и прогнозирования, в том числе и рыночных, таких как операционный анализ, позволяющий детально исследовать элементы затрат, их структуру, обеспечивающую безубыточную деятельность и совершенствование структуры нацеленное на рост эффективности деятельности.

Самая значимая статья расходов по прежнему, это оплата труда персонала. Для улучшения качества предоставления услуг и заинтересованности в конечных результатах деятельности необходима материальная заинтересованность, стимулирование труда медицинского работника.

По разработанной методике на основе учета условно-переменных расходов нами предложена логическая схема формирования фонда оплаты труда от конечного результата деятельности по структурным подразделениям и его экономия (табл.8).

Таблица 8

Формирование фонда стимулирования труда персонала  
по центрам доходов

Показатели	Центры доходов			ЛПУ
	1	2	3	
1. Доходы	+	+	+	+
2. Условно-переменные расходы (УПеР) - всего	-	-	-	+
в том числе:				
2.1. (УПеР) центра доходов (отделения, кабинета)	+	+	+	-
2.3. (УПеР) содействующих лечебных подразделений (пропорционально выполненным услугам)	+	+	+	-
3. Маржинальный доход (1-2)	+	+	+	-
4. Рентабельность деятельности	+	+	+	-
5. Условно-постоянные расходы (УПоР) административно-управленческие, общехозяйственные и др.				+
6. Прибыль	-	-	-	+
7. Доля прибыли, направляемая на стимулирование труда (%)	-	-	-	+
8. Плановый фонд стимулирования персонала (пропорционально рентабельности)	+	+	+	-
9. Интегральная оценка выполнения нефинансовых критериев	0,8	0,6	0,9	-
10. Фактический фонд стимулирования	+	+	+	+
11. Фонд экономии	-	-	-	+

Исследование показало, что наблюдается рост заработной платы работников. Стимулом улучшения качества обслуживания и привлечения отдыхающих может служить только дифференцированная оплата с учетом объемов, качества и конечных результатов.

В обобщенном виде представим направления развития источников финансирования ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»:

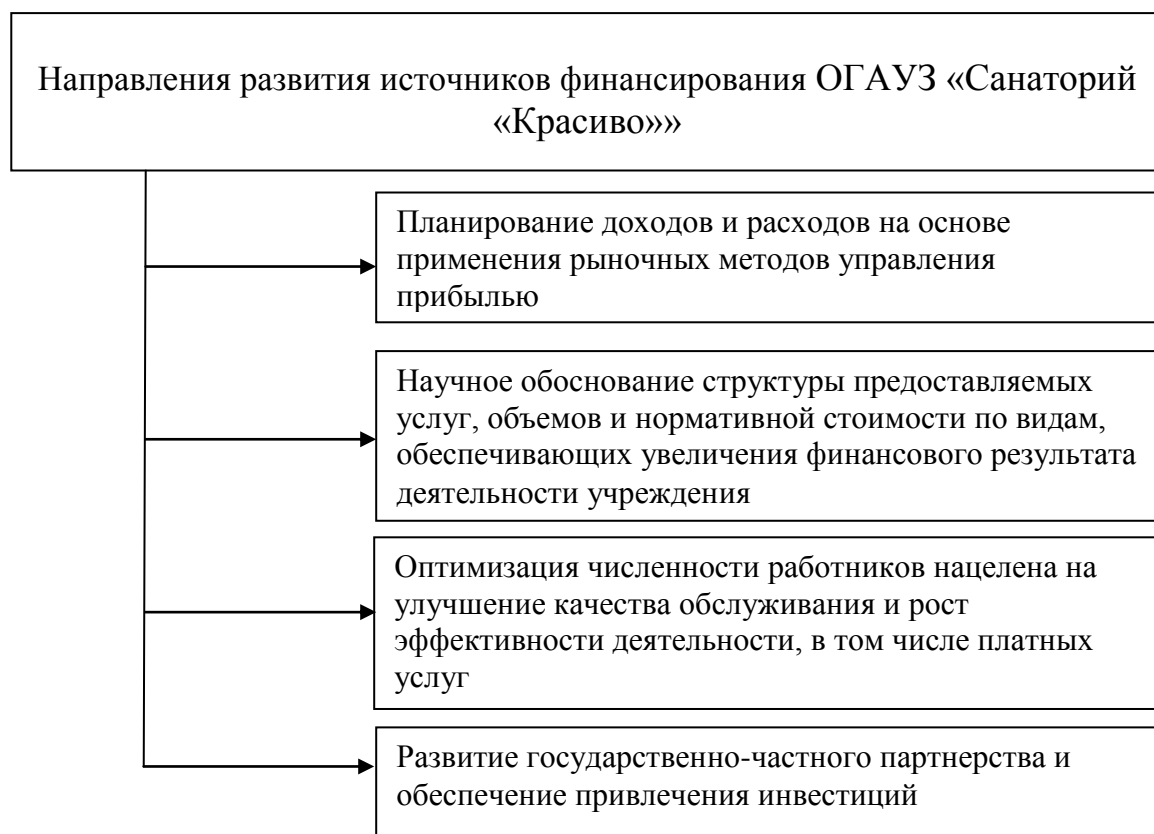


Рис. 20. Направления развития источников финансирования ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»

Необходимы стандартизация на основе единых подходов и критериев оценки конечных результатов деятельности автономного учреждения здравоохранения. Оплата труда должна определяться на основе прибыли, учитывать уровень профессиональной компетентности, квалификации специалиста, интегральной оценки выполнения нефинансовых критериев.

Оптимизация численности работников нацелена на улучшение качества обслуживания и рост эффективности деятельности, в том числе платных услуг

Важным направлением развития источников финансирования предложено научное обоснование структуры предоставляемых услуг, объемов и нормативной стоимости по видам, обеспечивающих увеличения финансового результата деятельности учреждения.

В дальнейшем развитии источников финансирования автономные учреждения здравоохранения на основе передового опыта могут развивать государственно-частное партнерство. Разграничение функций для каждого участника взаимовыгодных партнерских отношений представим на рисунке 21.

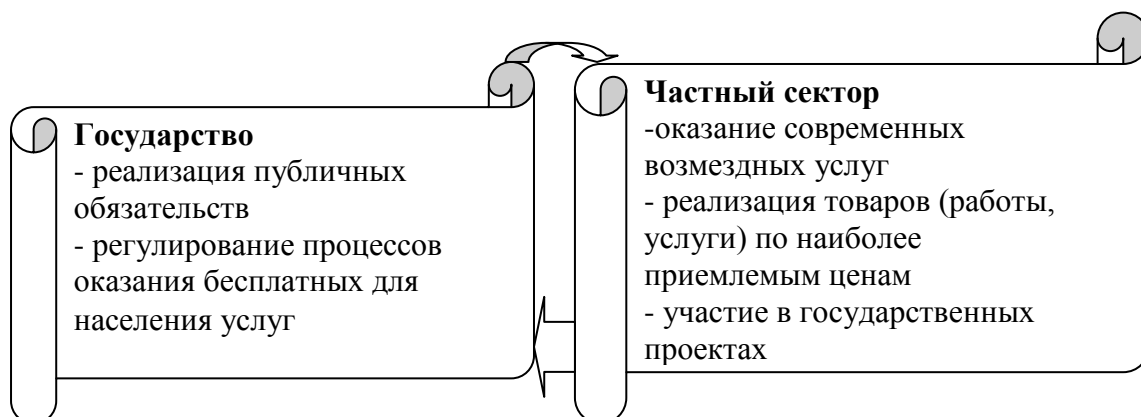


Рис.21. Развитие государственно-частного партнерства

Необходимо разработать систему оценки результатов деятельности, в числе которых надо взять за основу критерий оценки работы автономного учреждения, руководителя, врачей, АУП и линейных руководителей выполнение плановых заданий по видам и объемам помощи (бюджет+ОМС) выполнение ФВД (услуги, исследования). Критерий выполнения государственного задания (объем выполненного государственного задания) позволяет оценить работу учреждения и его руководителя в целом и определяется как отношение количества фактически оказанных услуг учреждением к объему социальных услуг, планируемых к оказанию за отчетный период согласно государственному заданию.

Суть реформы здравоохранения в РФ на 2017 год исходит из тех недостатков и проблем, которые необходимо учитывать в дальнейшем и исследуемому автономному учреждению здравоохранения: 1) прекратить сокращение медицинских работников; 2) прекратить сокращение медицинских учреждений. Уже ожидалось сокращение бюджетного и страхового финансирования и довольно значительное. Планировалось увеличить число врачей узкой специализации. Подвергнуть сокращению врачей общей практики и за счет этого решить многие финансовые проблемы системы [35,С.209].

Здоровье – это основа экономического и социального процветания, благополучия нации. В современном мире финансирование здравоохранения осуществляется за счет бюджета страны, средств населения и работодателей. В настоящий момент имеется три модели финансирования общества: бюджетно-страховая, бюджетная, предпринимательская. В бюджетно-страховой модели финансирование идет за счет целевых взносов работодателей и бюджета. В бюджетной модели – за счет бюджета страны. В предпринимательской модели финансирование осуществляется за счет продаж населению медицинских услуг и фондов добровольного медицинского страхования. В России система финансирования здравоохранения характеризуется, как бюджетно-страховая. Важным источником финансирования является государственный бюджет, формируемый за счет налогов, взимаемых с населения и предприятий: налоги на прибыль, подоходный налог, налог на добавленную стоимость и др., который должны утвердить Правительство РФ и Федеральное собрание. С момента утверждения этот бюджет становится обязательным для исполнения. Личные средства потребителя медицинских услуг так же являются одним из источников финансирования здравоохранения. Платные услуги существовали на протяжении всей истории России. Каждый гражданин имел и имеет право получить платную помощь. В связи перехода к системе обязательного



медицинского страхования (ОМС) появился дисбаланс между обязательствами государства по оказанию бесплатной медицинской помощи гражданам и выделением финансовых средств. Для решения этой проблемы была разработана Программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью. Эта программа определяет минимальные объемы медицинской помощи и финансовые ресурсы их обеспечения не только в системе ОМС, а всей системы здравоохранения.

Мы предлагаем в системе управления расходами автономного учреждения здравоохранения применять современный рыночный метод управления прибылью операционный анализ и на его основе оптимизировать структуру расходов в целях определения плановых показателей финансирования.

Самая значимая статья расходов по прежнему, это оплата труда персонала. Для улучшения качества предоставления услуг и заинтересованности в конечных результатах деятельности необходима материальная заинтересованность, стимулирование труда медицинского работника. По разработанной методике на основе учета условно-переменных расходов нами предложена логическая схема формирования фонда оплаты труда от конечного результата деятельности по структурным подразделениям и его экономия.

Таким образом, источники финансирования медицины не могут в полном объеме обеспечить здравоохранение всеми нужными средствами, поэтому необходимо увеличение финансирования организаций здравоохранения, внедрение новых методов оплаты медицинской помощи, совершенствования системы страхования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило решить ряд теоретических и практических задач, касающихся одной из важнейшей проблемы современной экономики – развития источников финансирования государственных автономных учреждений здравоохранения.

Автономное учреждение представляет собой специфический тип учреждения, ориентированного на эффективную деятельность в условиях рынка. При этом эффективность его функционирования возможна только тогда, когда существуют объективно сложившиеся условия, а именно: учреждение конкурентоспособно, имеет положительный имидж, налицо необходимый спрос со стороны потребителей соответствующих услуг и пр.

Вместе с тем аспекты перехода учреждений в автономные имеют много отрицательных последствий и специфических финансовых особенностей с учетом совокупности факторов, влияющих на их деятельность. Несмотря на ограниченные теоретические и эмпирические данные, на основе которых можно проводить объективную оценку, большинство учреждений здравоохранения не удовлетворены полученными результатами в процессе постоянного проведения реформ, которые затронули изменения организационно-правовых форм, изменения структуры собственников, развитие источников финансирования автономных учреждений здравоохранения.

Региональный вариант реформирования на примере ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» демонстрирует в настоящее время адаптивную модель финансирования, где источники финансирования учреждения можно классифицировать в 4 группы, которые в той или иной степени дополняют друг друга:

- субсидия на выполнение государственного задания;
- субсидия на содержание имущества;

- иные субсидии, включая средства ОМС;
- доходы от предпринимательской и иной, приносящей доход деятельности.

Исследование особенностей финансирования на примере Областного государственного автономного учреждения здравоохранения «Санаторий «Красиво»» позволило выявить, что изменение правовой формы привело и к существенному изменению статей пассива баланса. Главным источником финансирования становятся доходы от предпринимательской и иной, приносящей доход деятельности.

Активы баланса за анализируемый период в относительном выражении увеличились почти в 6 раз за счет увеличения нефинансовых активов на 51,2% и уменьшения финансовых активов на 2,4% по отношению к 2013 году. Основные средства повышаются, это свидетельствует о том, что учреждение ведет новое строительство, проводит модернизацию медицинского и другого оборудования. Растут материальные запасы на 2,9% при уменьшении вложений в нефинансовые активы на 58,7%.

В структуре нефинансовых активов основные средства в 2015 году занимали наибольшую долю 47,2%, на запасы приходится 17,7%. Доля вложений в нефинансовые активы составляет 2,0%.

Рост дебиторской задолженности составил 4,2%, что негативно влияет на финансовое положение ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»» в 2015 году. При этом ведется неэффективная финансовая политика в управлении дебиторской задолженностью, увеличение которой приводит к несоблюдению договорных отношений и взаиморасчетов, что отрицательно влияет на платежеспособность учреждения и его финансовое состояние.

Из качественного анализа пассива баланса видно, что за исследуемый период уменьшается доля платежей в бюджет, принятых обязательств и прочих расчетов с кредиторами, на долю которых приходится около 2% в структуре пассивов.

Изменение правовой формы привело и к существенному изменению статей, где финансовый результат деятельности, увеличение его доли в структуре становится основным источником финансирования дальнейшего развития автономного учреждения.

Система абсолютных и относительных показателей в общих чертах показала признаки неудовлетворительного состояния баланса. Валюта баланса в конце отчетного периода уменьшается по сравнению с началом периода, темпы роста оборотных активов ниже темпов роста внеоборотных.

Анализ изменения структуры источников финансирования согласно основных направлений реформ системы здравоохранения не показал за три года существенных изменений. При этом наметился рост доли источника средств фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) на 4,4%, о чем свидетельствовали и аналитики отрасли. Все остальные источники финансирования имеют незначительное уменьшение доли в структуре в сравнении с показателями 2013 года.

Основными целями создания фондов ОМС является сохранение принципов общественного финансирования и создание инструментов, позволяющих осуществлять государственное управление объединенными источниками общественного финансирования в части системы ОМС. Основной функцией фондов является создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам по базовой программе ОМС на всей территории страны и регионов.

В 2014 году не исполнено плановых назначений по виду финансового обеспечения – средства по обязательному медицинскому страхованию на 106 302,75 руб. или 0,3 % к утвержденным плановым показателям.

Структурные преобразования и управление расходами должны включать:

- субсидия на выполнение государственного задания (нормативные объемы «бюджетных» видов медицинской помощи умножить на норматив стоимости бюджетной услуги);

- субсидия на выполнение программы ОМС (нормативные объемы помощи по ОМС умножить на норматив стоимости, то есть тариф ОМС);

- субсидия на содержание имущества, находящегося в оперативном управлении - нормативные затраты на коммунальные платежи, содержание имущества (стоимость сверх 100 тыс. руб.), капитальные затраты;

- сверхнормативные расходы в том числе:

1. Объект развития предпринимательства (платные услуги и иная приносящая доход деятельность);

2. Аутсорсинг непрофильных, профильных функций.

Мы предлагаем в системе управления расходами автономного учреждения здравоохранения применять современный рыночный метод операционный анализ и на его основе графическим методом определить точку безубыточности и запас финансовой прочности. При доле постоянных затрат 39%. Запас финансовой прочности составит  $322533 - 252353 = 70180$  тыс. руб. или 21,7% к фактической выручке 2015 года.

Другой вариант расчета при уменьшении доли постоянных затрат на 10% показал, что темпы снижения выручки меньше на 3% и составили 7% в сравнении с фактическими данными 2015 года. Планирование расходов и ресурсов по источникам финансирования должно основываться на системе методов планирования и прогнозирования, в том числе и рыночных, таких как операционный анализ, позволяющий детально исследовать элементы затрат, их структуру, обеспечивающую безубыточную деятельность и совершенствование структуры нацеленное на рост эффективности деятельности.

Самая значимая статья расходов по прежнему, это оплата труда персонала. Для улучшения качества предоставления услуг и

заинтересованности в конечных результатах деятельности необходима материальная заинтересованность, стимулирование труда медицинского работника.

Исследование показало, что наблюдается рост заработной платы работников. Стимулом улучшения качества обслуживания и привлечения отдыхающих может служить только дифференцированная оплата с учетом объемов, качества и конечных результатов.

По разработанной методике на основе учета условно-переменных расходов нами предложена логическая схема формирования фонда оплаты труда от конечного результата деятельности по структурным подразделениям и его экономия.

Политика доходов сформирована в соответствии с общей политикой управления автономным учреждением и проявляется в приоритетных направлениях развития. Стратегия развития направлена на капитализацию прибыли с целью получения большего дохода в долгосрочной перспективе, т.е. приобретение нового оборудования и новом строительстве корпусов и развитии инфраструктуры. Данный путь отражает требования общей стратегии развития учреждения, обеспечивает повышение рыночной стоимости предприятия, обеспечивает материальные интересы собственников и персонала.

Однако при более узком рассмотрении политики финансирования автономного учреждения здравоохранения необходимо исходить из предполагаемой модели финансирования, существующих систем, оценке эффективности возможных реформ или экспериментированию с новыми идеями в области развития источников финансирования и улучшения качества и ассортимента предоставляемых услуг. Перспективы системы финансирования автономного учреждения здравоохранения будут учитывать влияния на систему здравоохранения платежеспособного спроса населения.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. с поправками от 30 декабря 2008 г. и 5 февраля 2014 г. [Текст]: офиц. текст // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2014. - № 31. – Ст. 445.

2. Бюджетный кодекс Российской Федерации: от 31.07.1998 N 145-ФЗ (ред. от 15.02.2016).: Консультант Плюс, 1992-2016 <http://www.consultant.ru>

3. Гражданский кодекс Российской Федерации. [Электронный ресурс]: Консультант Плюс, 1992-2016 [режим доступа]: <http://www.consultant.ru>

4. Налоговый кодекс Российской Федерации (часть первая) от 05.08.2000 № 117-ФЗ (ред. 15.02.2016).: Консультант Плюс, 1992-2016 <http://www.consultant.ru>

5. Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ (ред. от 15.02.2016) "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" Консультант Плюс, 1992-2016 <http://www.consultant.ru>

6. Российская Федерация. Законы. О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона "Об автономных учреждениях", а также в целях уточнения правоспособности государственных и муниципальных учреждений [Текст]: федеральный закон от 3.11.2006, N 175-ФЗ: принят Государственной думой 11 октября 2006 г. : одобрен Советом Федерации 27 октября 2006 г. 175-ФЗ / Российская Федерация, Законы // Официальные документы в образовании. - 2006. - N 32. - С. 28-36 ; Справочник руководителя учреждения культуры. - 2007. - N 1. - С. 97-101.

7. Российская Федерация. Законы. Об автономных учреждениях [Текст]: федеральный закон от 3.11.2006, N 174-ФЗ : принят Государственной думой 11 октября 2006 г. : одобрен Советом Федерации 27 октября 2006 г. 174-ФЗ / Российская Федерация, Законы // Официальные документы в

образовании. - 2006. - N 32. - С. 6-27 ; Справочник руководителя учреждения культуры. - 2007. - N 1. - С. 86-97; Вопросы культурологии. - 2007. - N 3. - С. 4-11.

8. О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений: федеральный закон от 8 мая 2010 г. № 83-ФЗ: по сост. на 5 мая 2014 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2010. — № 19. — Ст. 2291.

9. О порядке предоставления в 2012 году бюджетных инвестиций в объекты капитального строительства государственной собственности Российской Федерации в форме капитальных вложений в основные средства федеральных бюджетных учреждений и федеральных автономных учреждений: Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2010 г. № 1204: по сост. на 30 декабря 2011 г. // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2011. — № 2. — Ст. 372.

10. О порядке осуществления в 2013 году бюджетных инвестиций в объекты капитального строительства государственной собственности Российской Федерации: Постановление Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 1456 // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2013. — № 1. — Ст. 52.

11. Бюджет для граждан – «Спутник» закона о бюджете: Финансы. 2014. № 10. С. 9-11.

12. Авдеев, В. Автономные учреждения [Текст] / В. Авдеев // Аудит и налогообложение. - 2010. - N 5. - С. 17-24.

13. Автономные учреждения: актуальные вопросы деятельности. [Электронный ресурс]: Электронный журнал. - Режим доступа: [smo.khabkrai.ru/news...ieq-avtonomnye-uchrezhdeniya](http://smo.khabkrai.ru/news...ieq-avtonomnye-uchrezhdeniya)



14.Алиев, Б.Х. Страхование: Учебник [Текст]/ Б.Х. Алиев, Ю.М. Махдиева - Москва : Юнити-Дана, 2012. - 416 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=117485&sr=1>

15.Амириди, Ю.В. Информационные системы в экономике ; Управление эффективностью банковского бизнеса [Текст]:учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по спец.: "Бухгалтерский учет, анализ и аудит", "Налоги и налогообложение", "Финансы и кредит".-М.:КноРус,2013.-174 с.

16.Анализ финансовой отчетности: учебник для студентов вузов, бакалавров, обучающихся по спец. "Бухгалтерский учет, анализ и аудит" З.В.Кириянова М.:Юрайт,2012.-427 с.

17. Абанкина, И.В., Винарик, В.А., Филатова Л.М. Государственная политика финансирования сектора высшего образования в условиях бюджетных ограничений [Текст] И.В. Абанкина, В.А. Винарик, Л.М. Филатова. Журнал новой экономической ассоциации. 2016. № 3 (31). С. 111-145.

18.Ахвледиани, Ю.Т. Страхование : Учебник / Ю.Т. Ахвледиани. - Москва : Юнити-Дана, 2012. - 544 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=117477>

19.Балдин, К.В. Эконометрика : Учебное пособие / К.В. Балдин, О.Ф. Быстров, М.М. Соколов. - Москва : Юнити-Дана, 2012. - 255 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=114533>

20.Банковское дело: учебник для студентов вузов, обучающихся по направлениям "Экономика".-М.:КноРус,2014.-800 с.

21.Барабанова, М.А. Формирование источников финансирования бюджетных организаций [Текст]/ М.А. Барабанова В сборнике:Теория и практика инновационного развития кооперативного образования и науки. Материалы международной научно-практической конференции профессорско-преподавательского состава и аспирантов. Белгородский университет кооперации, экономики и права. 2010. С. 352-359.

22. Баранова, А.Ю. Курортная облигация как источник инвестирования индустрии гостеприимства [Текст]/ А.Ю. Баранова // Актуальные проблемы экономики и права. 2016. № 1. С. 71-78.

23. Баранова, О.В. Особенности финансирования бюджетных учреждений здравоохранения [Текст]/О.В. Баранова. В сборнике: //Экономика и управление - 2015 сборник материалов международной научной конференции, 2 сессия. под ред. В.С. Карагода. 2015. С. 148-158.

24. Байматов, П.Н. Государственно-правовое регулирование некоммерческих организаций при оказании социально значимых услуг населению. [Текст]/ П.Н. Байматов // Федерализм. 2016. № 2 (82). С. 196-204.

25. Бексултанов, А.А. Финансирование бюджетных организаций, порядок его осуществления [Текст]/А.А. Бексултанов // Известия ВУЗов Кыргызстана. 2013. № 5. С. 124-126.

26. Боженок, С.Я. Особенности финансово-правового обеспечения социальной функции государства [Текст]/ С.Я. Боженок// Вестник Университета имени О.Е. Кутафина. 2015. № 3. С. 77-81.

27. Бюджетная система Российской Федерации: субфедеральный и местный уровни [Электронный ресурс] Л.Ф. Курченко. Москва: Дашков и К, 2012. - 252 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785394013027.html>

28. Бюджетная система Российской Федерации: Учебник [Электронный ресурс] А.М. Годин, В.П. Горегляд, И.В. Подпорина. - Москва : Дашков и К°, 2010. - 628 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785394008504.html>

29. Гафурова, Г.Т. Оценка результатов реформы государственных учреждений (на примере государственного автономного учреждения здравоохранения республики Татарстан) [Текст]/ Г.Т. Гафурова// Финансовая аналитика: проблемы и решения. 2015. № 17 (251). С. 47-59.

30. ГОСТ 7.1-2003 Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://library.bsu.edu.ru/upload/iblock/e7e/gost7.1-2003.pdf>

31. ГОСТ Р 7.0.5-2008 Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://library.bsu.edu.ru/upload/iblock/879/gosty-7.0.5-2008.pdf>

32. Государственное регулирование экономики: Учебное пособие [Электронный ресурс] И.Н. Мысляевой, Н.П. Кононковой Москва : Изд-во Моск. ун-та, 2010. - 440 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785211061583.html>

33. Денежно-кредитное регулирование: Монография [Электронный ресурс] Ю.Гаврилов Москва : Лаборатория книги, 2010. - 53 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=100021>

34. Додонова, И.В. Автоматизированная обработка банковской информации [Текст]: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. "Финансы и кредит". - М.: КноРус, 2014. - 170 с.

35. Долина, О.Н., Ишина, И.В. Социально-ориентированные некоммерческие организации: векторы финансирования [Текст] / О.Н. Долина, И.В. Ишина // Аудит и финансовый анализ. 2015. № 3. С. 208-211.

36. Ефимова, М.Р. Финансовые расчеты [Текст]: практикум: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по спец. "Менеджмент организации" .- М.: КноРус, 2013. - 183 с

37. Зулькарнай, И.У. Межбюджетные отношения в системе «Федеральный бюджет – бюджеты субъектов Федерации»: потенциал стимулирования экономического развития: в сборнике: Экономико-математические методы исследования современных проблем экономики и общества. Сборник материалов Международной экономической конференции. 2015. С. 242-246.

38. Инвестиции: Организация, управление, финансирование [Электронный ресурс] Н.В. Игошин Москва: Юнити-Дана, 2012. - 450 с. - Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=114527&sr=1>

39. Инвестиции [Текст]: учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности "Финансы и кредит"; Финансовая академия при Правительстве РФ; УМО вузов России по образованию в области финансов и кредита, бухгалтерского учета, аудита и мировой экономики под ред. Г.П. Подшиваленко ; рец.: В.А. Терехова, З.А. Кеменова 2-е изд., стер.. - М.: КНОРУС, 2009. - 496 с.

40. Истомина, Н.А. Признаки бюджета: содержание и особенности проявления на уровне бюджетов субъектов Федерации [Текст]:/ Н.А. Истомина // Финансы и кредит. 2013. № 14 (542). С. 22-29.

41. Качанова, Е.А., Чевтаева, Н.Г. Проблемы организации деятельности и финансирования государственных учреждений здравоохранения на территории Свердловской области [Текст]/ Е.А. Качанова, Н.Г. Чевтаева // Уральский медицинский журнал. 2015. № 9 (132). С. 19-23.

42. Красс, М.С. Математические методы и модели для магистрантов экономики [Текст]: учебное пособие для студентов, обучающихся в магистратуре по направлению "Экономика" и другим экономическим специальностям.-СПб.:Питер,2010.-496 с.

43.Криворучко, С.В. Национальная платежная система: структура, технологии, регулирование [Текст]/ С.В. Криворучко// Международный опыт, российская практика.- М.: КноРус : ЦИПСИР,2013.-456 с.

44.Кузнецова, А.М. Развитие одноканальной системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации на основе страховых принципов обязательного медицинского страхования [Текст]/ А.М. Кузнецова// Инновационное развитие экономики. 2016. № 4 (34). С. 159-163.

45. Лаврушин, О.И. Банковское дело: современная система кредитования [Текст]: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по спец. "Финансы и кредит". - М.: КноРус, 2013. - 358 с.

46. Лукинова, Е.А. Внутренний контроль и внутренний аудит в организациях государственного сектора [Текст] / Е.А. Лукинова // Труд и социальные отношения. 2015. № 4. С. 75-93.

47. Малколм Гец. Реформирование здравоохранения США, университет Вандербильта, Нашвилл, Тенесси. 2013.

48. Наумов, В.Н., Шафикова, Н.Р., Маслова, Ю.А. Методика прогнозирования доходов бюджета на примере бюджета Санкт-Петербурга. В сборнике: Государство и бизнес. [Текст] / Современные проблемы экономики. Материалы VII Международной научно-практической конференции. Северо-Западный институт управления РАНХиГС при Президенте РФ, Факультет экономики и финансов. 2015. С. 57-61.

49. Орлова, Е.В., Земзерева, З.В. Современное состояние и особенности бюджетного финансирования социальной сферы [Текст] / Е.В. Орлова, З.В. Земзерева. В сборнике: Аюшиевские чтения. Финансово-кредитная система: опыт, проблемы, инновации Материалы международной научно-практической конференции, 75-й ежегодной научной конференции профессорско-преподавательского состава и докторантов, 27-й научной конференции аспирантов и 77-й научной конференции студентов и магистрантов (секция финансово-экономического факультета) : в 2 т.. 2016. С. 74-82.

50. Проблемы стабилизации государственных и муниципальных финансов: Практическое пособие [Электронный ресурс] В.Р. Лобанов Москва: Лаборатория книги, 2009. - 172 с. - Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=97529&sr=1>

51. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2008 г. N 2043-р «Об утверждении Стратегии развития финансового

рынка Российской Федерации на период до 2020 года» [Электронный ресурс]  
Режим

доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=83914>

52. Реформы финансирования здравоохранения [Электронный ресурс]: 21серия исследований Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. - Режим доступа: [www.medprint.ru](http://www.medprint.ru)

53. Роль кредита и модернизация деятельности банков в сфере кредитования : Монография / О.И. Лаврушин, Н.И. Валенцева, И.В. Ларионова и др.; под ред. О.И. Лаврушина. - Москва: КноРус, 2012. - 267 с.  
Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=253219>

54. Саакян, Т. В. Еще раз о бюджетных инвестициях [Текст] / Т. В. Саакян // Бюджетный учет. — 2013. — N 3. — С. 17–23.

55. Савенко Г.Ю., Амирова Э.Р. О дополнительных источниках финансирования образовательных учреждений в условиях дефицита ресурсов [Текст] / Г.Ю.Савенко Г.Ю, Э. Р. Амирова. В сборнике: Проблемы управления бизнесом на современном этапе развития экономики. Сборник научных трудов. 2014. С. 129-134.

56. Семенихин, В.В. Налог на прибыль по целевому финансированию бюджетных учреждений [Текст] / В.В. Семенихин // Некоммерческие организации в России. 2016. № 4. С. 13-17.

57. Современные проблемы финансового управления в секторах экономики: Учебно-методический материал магистерской программы [Электронный ресурс] А.Я. Быстряков. Москва: РУДН, 2012. - 194 с. -Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=128606>

58. Управление рисками в условиях финансового кризиса: Учебное пособие [Электронный ресурс] Л.Н. Тепман, Н.Д. Эриашвили- Москва :Юнити-Дана, 2012. - 296 с. - Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=117542&sr=1>

59. Финансово-экономический анализ (предприятие, банк, страховая компания): учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по спец.: "Финансы и кредит", "Бухгалтерский учет, анализ и аудит Д.И. Жилияков М.: КноРус, 2012. - 368 с.

60. Владимирова, В.А. Фандрайзинг как возможный источник финансирования бюджетной организации (на примере ГБУК РО «Рязанский областной научно-методический центр народного творчества) [Текст] / В.А. Владимирова // Экономика и социум. 2016. № 9 (28). С. 99-102.

61. Финансовые рынки и институты: Учебное пособие [Электронный ресурс] Г.Ф. Каячев, Л.В. Каячева, С.В. Кропачев. Красноярск: Сибирский федеральный университет, 2011. - 240 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=229577&sr=1>

62. Финансовый анализ для менеджеров: оценка, прогноз [Текст] / учебник для магистров Т.И. Григорьева М.: Юрайт, 2012. - 463 с.

63. Финансы и финансовый рынок: Ответы на экзаменационные вопросы [Электронный ресурс] Н.А. Теплякова Минск: ТетраСистемс, 2012. - 224 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=228369&sr=1>

64. Финансы и финансовый рынок: Учебное пособие [Электронный ресурс] Г.Е. Кобринский, М.К. Фисенко, Т.Е. Бондарь Минск: Вышэйшая школа, 2011. - 344 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=110085&sr=1>

65. Финансы: Учебник [Электронный ресурс] Г.Б. Поляк, О.И. Пилипенко, Н.Д. Эриашвили и др. ; под ред. Г.Б. Поляка Москва : Юнити-Дана, 2012. - 704 с. - Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=118181&sr=1>

66. Фирсов, В. Р. Автономное, бюджетное, казенное? Выбор должен быть обоснован [Текст] / В. Р. Фирсов // Библиотечное дело. - 2010. - N 11. - С. 42-44 : фот.

67. Чагин, К.Г. Мифы об автономных учреждениях [Текст] / К.Г. Чагин // Руководитель бюджетной организации. 2010. № 2.

68. Шавров, А.В. Финансовое право Российской Федерации [Электронный ресурс]: Учебник / А.В. Шавров// - Москва : Евразийский открытый институт, 2010. - 568 с. Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=90946&sr=1>

69. Шведова Н.А. Актуальность реформы американского здравоохранения. Институт США и Канады Российской академии наук. [Электронный ресурс]/ Москва. 2010. Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content>

70. Шукаева, А.В. Система показателей оценки эффективности производственно-хозяйственной деятельности бюджетных организаций [Текст] / А.В. Шукаева // Финансовая экономика. 2014. Т. 4. № 4. С. 13-19.

71. Улумбекова, Г.Э. Реформа здравоохранения США: уроки для России. Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». 2012. №5

72. Vaganova, O.V., Vladyka, M.V., Kucheryanenko, S.A., Sivtsova, N.F. Modeling of the integrated interaction of the innovation process subjects and estimate of efficiency of its results // International Business Management. – 2015. – Т. 9. – № 6. – С. 1069-1073.

73. Balabanova, T.V., Vladyka, M.V., Vaganova, O.V., Tsiguleva, S.N., Kucheryavenko, S.A. SPECIAL Features of auditing in the application of separate stages of the bankruptcy procedure in the Russian Federation // International Business Management. – 2015. – Т. 9. – № 7. – С. 1629-1633.

74. Vaganova, O.V., Vladyka, M.V., Balabanova, V., Kucheryavenko, S.A., Galtsev, A.V. Management of innovative process in the economy at the regional level // International Business Management. – 2016. – № 10. – С. 3443.



## ПРИЛОЖЕНИЯ

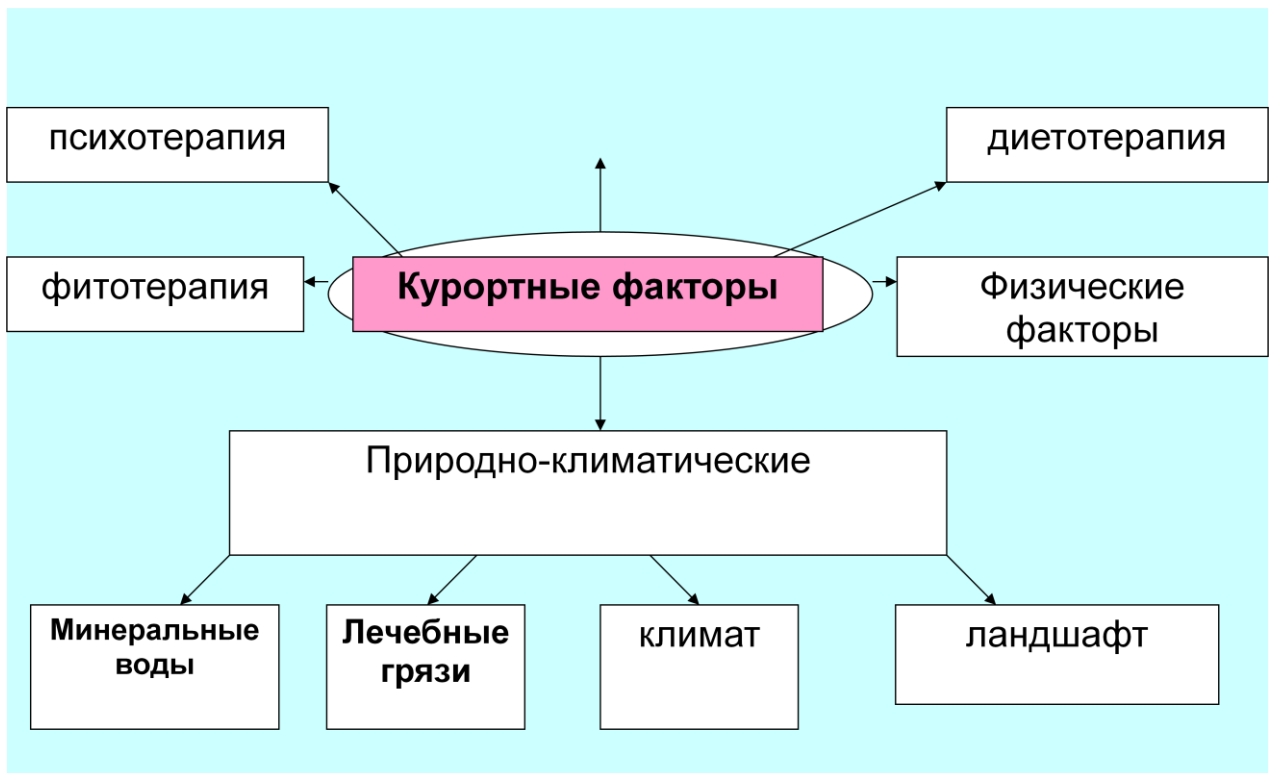


Рисунок 1. Факторы, влияющие на развитие ОГАУЗ «Санаторий «Красиво»»