

## ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В данной статье рассматривается ряд федеральных законов и нормативно правовых актов, на основании которых произошли изменения в системе здравоохранения. Выявлены цели, задачи и факторы, которые привели систему здравоохранения к новому преобразованию. Осуществлен анализ перевода муниципального учреждения в государственную собственность Иркутской области. А также проведен анализ основных показателей деятельности противотуберкулезных учреждений здравоохранения; удельного веса заболеваемости в разрезе Иркутской области и Российской Федерации в целом; показателей, влияющих на финансирование учреждений здравоохранения, связанных непосредственно с лечением заболевания; роста численности больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью и в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Рассмотрено финансовое обеспечение учреждений здравоохранения Иркутской области из федерального бюджета на реализацию федеральных целевых программ за 2011–2016 годы. Выявлено влияние на решение проблем распространения инфицированности заболевания, финансового обеспечения туберкулезного диспансера.

*Ключевые слова:* учреждение здравоохранения, федеральная программа, финансовое обеспечение, бюджет субъекта РФ, расходы.

В настоящее время деятельность учреждений здравоохранения Иркутской области проходит в условиях изменившегося законодательства, которое потребовало принятие значительного числа нормативно-правовых актов субъекта Российской Федерации.

При создании единой государственной информационной системы здравоохранения, а также одноканальной системы финансирования учреждений здравоохранения с целью обеспечения доступности медицинской помощи и повышения эффективности медицинских услуг, на 1 января 2013 года 42 муниципальных учреждения были переданы в государственную собственность Иркутской области.

Важно отметить, что данные изменения были проведены, опираясь на законодательные акты, главной целью которых являлась — передача полномочий органами государственной власти субъектов Российской Федерации по вопросам организации оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации. Переданные полномочия должны были осуществляться в соответствии с территориальной программой государственных гарантий<sup>2</sup>.

---

\* Щипицына Анастасия Дмитриевна – магистрант, кафедра экономики и финансов, Байкальский государственный факультет экономики и права, г. Иркутск, modelka-nastya@mail.ru

<sup>1</sup> Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации : федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 313-ФЗ.

Также вследствие вступивших изменений, на региональном уровне вышло Постановление от 24 октября 2013 г. № 457-пп «Об утверждении государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения на 2014–2020 гг.». При этом к основным задачам государственной программы, ответственным за которую является Министерство здравоохранения Иркутской области, отнесены:

- формирование единой информационной системы здравоохранения Иркутской области, в частности повышение качества оказания медицинских услуг гражданам;

- повышение обеспеченности населения Иркутской области качественными, безопасными лекарственными препаратами и медицинскими изделиями, продуктами лечебного питания;

- возможность непосредственного контроля со стороны министерства здравоохранения области за эффективным планированием и расходованием средств, выделяемых из бюджета.

Исходя из поставленных задач данной государственной программы, также важно выделить системообразующие факторы, которые привели к делегированию полномочий федерального бюджета субъектам Российской Федерации.

Одним из определяющих факторов являлась дезинтеграция целостной системы государственного территориального управления, отсутствие четкого разграничения полномочий между органами государственной власти и органами местного самоуправления, несогласованность федерального и регионального законодательства о местном самоуправлении. В свою очередь причинами дезинтеграции системы здравоохранения послужили: остаточный принцип финансирования отрасли; нерациональное использование основных ресурсов (кадры, финансы, оборудование); недостаток современных медицинских технологий<sup>1</sup>.

При этом, второй, немаловажный фактор связан с низкой эффективностью информационной поддержки, методического и организационного обеспечения деятельности участников системы здравоохранения. Принимая во внимание этот фактор, Министерство здравоохранения и социального развития РФ выпустило Приказ от 28 апреля 2011 г. № 364 «Об утверждении концепции создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения», который должен был решить большой перечень проблем субъектов РФ<sup>2</sup>.

Например, в области управления здравоохранением данный Приказ должен разрешить следующие проблемы:

1. Контроль за расходованием бюджетных средств на медицинское и лекарственное обслуживание населения, за оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

2. Оперативное получение достоверных первичных данных об объемах и качестве медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями;

3. Своевременное принятие мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

---

<sup>1</sup> Володин В.Д. Остаточный принцип: Финансовая и законодательная составляющая здравоохранения России. URL: <http://www.sanprosvet.info>.

<sup>2</sup> О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения : федер. закон от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ.

Проводя анализ перевода муниципального учреждения в государственную собственность Иркутской области, а именно, филиала областного государственного учреждения здравоохранения Усть-Илимского областного противотуберкулезного диспансера (далее — ФЛ ОГУЗ «УИОПТД»), важно отметить, что данное учреждение было реорганизовано путем присоединения еще в 2007 году, согласно Распоряжению администрации Иркутской области от 29.05.2007 г. № 222-ра «О реорганизации государственного учреждения здравоохранения «Иркутский областной противотуберкулезный диспансер». Руководствуясь пп. 3.2 Положения о Главном управлении здравоохранения Иркутской области, утвержденного постановлением администрации области от 30.06.2006 г. № 104-па., Усть-Илимский областной противотуберкулезный диспансер стал филиалом ОГБУЗ (Областного государственного учреждения здравоохранения) ИОКТБ (Иркутского областного противотуберкулезного диспансера).

Изменения, которые произошли после присоединения в 2007 году существенно повлияли на структуру и финансирование деятельности учреждения. Если до присоединения противотуберкулезный диспансер имел самостоятельный баланс и полномочия распоряжаться выделяемыми денежными средствами как из федерального, так и из областного бюджета, то после реорганизации данные баланса филиала стали включаться непосредственно в общий баланс юридического лица ИОКТБ. Финансирование стало осуществляться по сметному принципу, при котором выделяемые денежные средства стали поступать на баланс учреждения в строгом соответствии с целевым назначением расходов и норм затрат, устанавливаемыми финансирующим органом с учетом профиля и особенностей деятельности бюджетного учреждения.

Вследствие преобразования, как в бухгалтерском учете, так и в учреждении в целом, основная проблема отразилась в недостаточном финансировании по некоторым отдельным статьям. Денежные средства и материалы, предназначенные, на капитальный ремонт учреждения, выделялись в недостаточном объеме, например, расходы на замену сантехники, плинтусов, покраску стен, замену плитки были недофинансированы.

По той же причине возник дефицит финансирования питания, осуществляемого в туберкулезном диспансере. Важным фактором для более эффективного лечения и быстрого выздоровления туберкулезного больного считается плотное и обогащенное белками питание. Основной проблемой являлась нехватка привозимых продуктов.

Еще одной причиной снижения общего уровня финансирования Усть-Илимского филиала туберкулезного диспансера, стало время реорганизации (а именно финансово-экономического кризиса 2008–2010 годов, когда уровень доходов федерального бюджета снизился, сам бюджет был принят с дефицитом в 5,9 % ВВП)<sup>1</sup>. Данные изменения коснулись и сферы здравоохранения, что привело к сокращению поддержания системы социальной защиты и других видов социальных услуг. Описываемые проблемы финансирования филиала туберкулезного диспансера приходятся на период 2007-2012 годов. С принятием

---

<sup>1</sup> URL: [http://www.rbc.ru/spb\\_sz/03/02/2009/5592c1c59a79473b7f4bb848](http://www.rbc.ru/spb_sz/03/02/2009/5592c1c59a79473b7f4bb848).

Приказа от 28 апреля 2011 г. № 364 «Об утверждении концепции создания Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» проблемы в анализируемом учреждении изменились.

Основной проблемой с 2013 года остается привоз лекарственных препаратов, связанный с удаленностью месторасположения учреждения. Важно уточнить, что в обеспечение противотуберкулезными препаратами, также входят препараты с множественной лекарственной устойчивостью (далее — МЛУ), финансируемые из средств федеральных программ. Отличительной особенностью таких препаратов является высокая цена и более длительный срок применения.

За последние годы спрос на такие лекарства вырос, в большей степени по причине прерывания лечения больными, которые уходят из стационара и не проходят полный курс лечения. Основным контингентом данного заболевания являются неблагополучные семьи, люди, страдающие наркотической и алкогольной зависимостью, ведущие асоциальный образ жизни, также ВИЧ-инфицированные и люди с низким уровнем иммунитета. При безответственном отношении к здоровью, и не полном комплексном лечении больных, которые могут быть заражены и открытой формой туберкулеза, количество зараженных все больше растет.

При возникновении перебоев в поставке лекарственных препаратов, происходит разрыв во времени между моментом назначения лечения и моментом начала лечения. Важно учесть, что для получения положительного результата лечения больных туберкулезом нужно обязательно соблюдать непрерывность приема антибактериальных препаратов (далее — АБП), а при существующей проблеме обеспечения лекарственными средствами все чаще возникает ситуация перерыва, выражающаяся в том, что в учреждении филиала и головной больнице закончились препараты и нет возможности продолжить курс лечения.

Важно учесть основные показатели, влияющие на финансирование учреждений здравоохранения, связанных с лечением туберкулеза в Иркутской области за период 2011–2016 гг. Данные показатели представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные показатели деятельности противотуберкулезных учреждений здравоохранения Иркутской области

Показатель	Год						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Заболеваемость туберкулезом, тыс. чел. (рассчитано на 100 000 чел.)	147,4	150,1	137,7	138,9	113	119,1	121,4
Смертность от туберкулеза, тыс. чел. (рассчитано на 100 000 чел.)	46,8	33,8	41,2	35,8	25,5	23,6	25
Число больных с МЛУ среди больных бациллярными формами туберкулеза, тыс. чел. (рассчитано на 100 000 чел.)	22,0	25,8	28,1	30,4	37,8	45,4	–

Составлено автором по данным [1].

Причиной роста заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. чел. за период 2014–2016 годы послужило недостаточное финансирование противотуберку-

лезных мероприятий с острым дефицитом лекарственных препаратов, а также увеличение численности населения с МЛУ.

Показатель смертности, рассчитанный на 100 тыс. чел. за анализируемый период в целом имел направленность к снижению.

Одним из наиболее информативных показателей для оценки как эпидемиологии, так и для оценки финансирования является показатель численности больных с МЛУ среди больных бацилярными формами туберкулеза. За весь анализируемый период численность больных увеличивалась. К 2016 году показатель увеличился на 23,4 тыс. чел. на 100 тыс. чел. по сравнению с 2010 годом. Важно также отметить, что затраты на лечение одного больного с МЛУ составляют от 500 тыс. р. и более.

За 10 месяцев 2016 года выявлено 470 человек больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ) или 23,1 % от числа впервые выявленных больных.

По состоянию на 01.11.2016 год состоит на учете в противотуберкулезных диспансерах 1 179 больной туберкулезом с МЛУ или 39,2 % от общего числа больных активным туберкулезом с бактериовыделением [1].

На рост численности больных туберкулезом с МЛУ повлияли перебои поставки из федерального бюджета препаратов с множественной лекарственной устойчивостью, которых за анализируемый период было недостаточно предоставлено или данные препараты отсутствовали вовсе.

Ежегодно наблюдается увеличение числа случаев вновь выявленного активного туберкулеза с ВИЧ-инфекцией. Это проявляется не только в Иркутской области, а практически во всех субъектах РФ, входящих в состав сибирского федерального округа и в других регионах страны. Вероятность того, что у людей, живущих с ВИЧ, разовьется активная форма туберкулеза в 20–30 раз превышает аналоговый показатель среди людей, неинфицированных туберкулезом. ВИЧ и туберкулез представляют собой смертельное сочетание и ускоряют развитие друг друга.

Рассмотрим рост численности больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией за 2011–2015 гг., представленный в табл. 2.

Таблица 2

Рост численности больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в Иркутской области

Показатель	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Численность больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией среди больных	1 383	1 635	2 089	2 217	2 425

Составлено автором по данным [2].

За анализируемый период показатели характеризовались стойкой тенденцией к росту численности больных, что связано с серьезной проблемой диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, поскольку клиническое течение заболевания у них существенно отличается от симптоматики людей, живущих без ВИЧ. А обычное флюорографическое обследование может не информировать о наличии заболевания. Поэтому очень важно для предотвращения разви-

тия туберкулеза у ВИЧ-инфицированных проведение химиопрофилактики для лиц со сниженным иммунным статусом.

Опираясь на Бюджетный Кодекс Российской Федерации и Федеральный закон от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», рассмотрим финансовое обеспечение на уровне федерального бюджета РФ реализации федеральных целевых программ здравоохранения на период за 2011–2016 годы в табл. 3.

Таблица 3

Финансовое обеспечение из федерального бюджета РФ реализации федеральных целевых программ здравоохранения по Иркутской области за 2011–2016 годы

Программа (подпрограмма)	Распределение бюджетных ассигнований на реализацию долгосрочных (федеральных) целевых программ, р.					
	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2012 годы); Подпрограмма «Туберкулез»	4 140 116	3 724 745	3 143 170			
Федеральная целевая программа Иркутской области «О мерах по предотвращению распространения туберкулеза в Иркутской области на 2013–2017 годы»			116 066 200	92 700 000	80 500 000	60 209 005
Государственная программа Иркутской области «Развитие здравоохранения на 2014-2020 гг.». Основное мероприятие «Предоставление субсидий местным бюджетам на обеспечение среднесуточного набора питания детям, страдающим туберкулезом» на 2014-2020 годы				21 840 100	3 834 300	8 846 300

Составлено автором по данным Федерального закона от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

Опираясь на данные таблицы, необходимо отметить, что снижение бюджетных ассигнований на целевые федеральные программы здравоохранения в области лечения туберкулеза связано непосредственно с сокращением финансового обеспечения здравоохранения по РФ в целом.

В соответствии с Федеральным законом «О федеральном бюджете на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» расходы бюджета на запланированный период в области здравоохранения в целом составят: в 2017 году — 362, 9 млрд р.; 2018 году — 379,7 млрд р., в 2019 году — 345,7 млрд р.

Анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу за 2010–2016 годы свидетельствует о неблагоприятно сложившейся ситуации в Иркутской области, характеризующейся ростом таких показателей, как зара-

женность туберкулезом, численностью населения с МЛУ, а также ВИЧ-инфицированных.

Рассмотрим в табл. 4 распространение множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза среди контингентов больных туберкулезом в разрезе Иркутской области и РФ за 2013-2015 годы.

Таблица 4

Распространение множественной лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза среди контингентов больных туберкулезом в Иркутской области

Территория	Среди впервые заболевших туберкулезом (%)			Среди болеющих туберкулезом (%)		
	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.
Иркутская область	8,2	15,2	17,1	22,3	28,9	36,4
РФ	17,4	20,4	23,0	40,0	43,6	47,5

Составлено автором по данным [2].

За рассматриваемый период удельный вес, как среди впервые заболевших туберкулезом, так и среди болеющих им по РФ и Иркутской области имел тенденцию роста.

Основными причинами, спровоцировавшими распространение заболеваемости туберкулезом, являются:

1. Ухудшение социально-экономических условий жизни населения.
2. Увеличение миграционных процессов.
3. Рост численности социально-неадаптированных групп населения и контингентов в пенитенциарных учреждениях.

Особенностью отдельных территорий Иркутской области является низкая плотность населения и отдаленность ряда населенных пунктов от районного центра, что обуславливает сложность проведения микробиологических исследований с определением чувствительности к противотуберкулезным препаратам.

Не смотря на сокращение выделяемого финансирования, Правительству РФ нужно обратить внимание именно на эпидемиологическую ситуацию в Иркутской области, так как большую предрасположенность на заражение как закрытой, так и открытой формой туберкулеза, а также больных с МЛУ, наблюдается именно в нашем регионе.

Говоря о филиале Усть-Илимского туберкулезного диспансера, данное учреждение является открытым стационаром, при котором больные в любой момент могут покинуть учреждение. Для сокращения заболеваемости населения, уменьшения финансирования препаратами с МЛУ и увеличения трудоспособности граждан, необходимо сделать учреждение закрытым типом или же выделить отдельное здание под стационар закрытого типа для больных.

При дополнительном финансировании данного учреждения, сократится численность больных с МЛУ заболеваемости, следовательно, привозимые пре-

параты будут доставляться в меньшем количестве и в правильно подобранном лечении для таких больных.

Подводя итоги, важно учесть, что показатели заболеваемости туберкулезом отражают критическую ситуацию эпидемиологии по Иркутской области. Важным критерием для уменьшения численности больных является полноценное финансирование. По анализируемому периоду (2011-2016 годы) выделяемые из федерального бюджета на реализацию долгосрочных целевых программ ассигнования, имели тенденцию спада. Несмотря на то, что на реализацию федеральной целевой программы «О мерах по предотвращению распространения туберкулеза в Иркутской области на 2013–2017 годы» и государственной программы Иркутской области «Развитие здравоохранения на 2014-2020 гг.» в 2013 году правительство Российской Федерации выделило больше денежных средств, чем на реализацию федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (разница составила 112 923 030 рублей), финансирование с каждым годом сокращалось.

### **Список использованной литературы**

1. Кощев М.Е. Эпидемиологическая ситуация, связанная с распространением туберкулезной инфекции на территории Иркутской области / М. Кощев — Режим доступа: [https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/0a6381ea\\_ioktub\\_b-tsa.ppt](https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/0a6381ea_ioktub_b-tsa.ppt).

2. Кощев М.Е. О приоритетных проблемах противотуберкулезной службы в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения / М. Кощев — Режим доступа: <http://irkutsk.bezformata.ru/listnews/kollegiya-minzdrava-irkutskoj-oblasti/52929687/>.