

# **Финансовый менеджмент в здравоохранении**

*Проф. Куракбаев К.К.*

**Кафедра международного здравоохранения**

**Алматы, 2013**

# Финансовый менеджмент -

- Это управление денежными средствами и финансовыми ресурсами в процессе их формирования и движения, распределения и использования с целью получения оптимального конечного хозяйственного результата;
- Это система взаимоотношений, возникающих на предприятии по поводу привлечения и использования финансовых ресурсов.

# Ключевые вопросы финансового менеджмента

- **определение необходимого объема финансовых ресурсов**
- **определение источников и их оптимальная структура**
- **рациональное распределение ресурсов (бюджетные программы и др.)**
- **оперативное управление ресурсами с целью обеспечения платежеспособности и финансовой устойчивости предприятия**

# **Система финансирования здравоохранения**

# Тенденция

- Расходы на здравоохранения возросли с 3% ВВП в 1948 г до 7,9% в 1997 г.
- Глобальные расходы на здравоохранение составили **2 триллиона 985 миллиардов** долл. США в 1997 году, а общая численность работников здравоохранения в мире достигла 35 млн. человек.
- К 2005 году объем расходов на здравоохранение достиг **5,1 триллиона долларов США.**
- Ускорение темпов роста (2000-2005 гг.) в среднем **на 330 млрд.** долларов США в год.

# Высокие затраты на здравоохранение

Страна	Затраты на душу населения			% от ВВП		
	1960	1997	2002	1960	1997	2002
США	\$ 820	\$ 4,270	\$ 5,267	5.2%	14.0%	14.6%
Швейцария	479	2,740	3,446	3.1%	10.2%	11.2%
Германия	495	2,400	2,817	4.8%	10.6%	10.9%
Канада	600	2,250	2,931	5.4%	9.3%	9.6%
Великобрит-я	407	1,450	2,160	3.9%	6.9%	7.7%
Япония	143	1,780	2,077	3.0%	7.4%	7.8%

**США – 2005г. предположительно: >\$6,697 на душу населения; \$2.0 триллиона ; 16% от ВВП \***

Health Affairs- Anderson et al, 2000; Anderson & Poullier, 2000; Anderson et al, 2005.

\*Catlin A., et al, Health Affairs. 2007;26(1):142-153

# Почему растут расходы на здравоохранение?

- **Ухудшение здоровья?**
- **Постарение населения?**
  - по данным экспертов ВОЗ К 2050 году число лиц старше 80 лет увеличится в 4 раза, а старше 60 лет - 3,5 раза (будет около 2 млрд.)
- **Технологический прорыв?**
  - затраты США на новые технологии в здравоохранении в 1,5-2 раза больше, чем на вооружение.

# Медицинские показатели

## Общепризнанные показатели здоровья; Казахстан

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении <sup>1</sup>		Младенческая смертность <sup>2</sup>	Расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Подушев. расходы на здравоохранение <sup>3</sup>
	Мужчины	Женщины			
Канада	75.8	81.4 <sup>4</sup>	5.5 <sup>4</sup>	9.5	\$2,312
Франция	74.6	82.2	4.7	9.6	2,077
Германия	74.5	80.5	4.7	10.6	2,424
Япония	77.2	84.0	3.6	7.6	1,822
Швеция	76.9	81.9	3.6 <sup>4</sup>	8.4	1,746
Великобритания	74.6 <sup>4</sup>	79.7 <sup>4</sup>	5.7	6.7	1,461
США	73.9	79.4	7.2 <sup>4</sup>	13.6	4,178
<b>Казахстан(2007)</b>	<b>60,7</b>	<b>72,3</b>	<b>14,7</b>	<b>2,5</b>	<b>165,0</b>

OECD Health Data 2000, Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 2000.



# Старение населения.

- - Это не только вопрос старения населения - это касается и старения рабочей силы и «старение пожилых», т.е. быстрое увеличение числа лиц в возрасте 80 лет и старше. Это явление описывается как «тройное старение». Последствия тройной старости для медицинских и социальных услуг являются весьма существенными.
- предполагается, что затраты на здравоохранение для 65-75 летних в 2,5 раза больше, чем для людей в возрасте до 65 лет, в то время как затраты на лиц старше 75 лет оцениваются в 4,5 раз больше.
- Между тем, долгосрочные расходы на здравоохранение как доля ВВП, по прогнозам, увеличится почти в три раза в течение ближайших пятидесяти лет.

# Цель финансирования здравоохранения

- **обеспечить наличие фондов;**
- **обеспечить финансовых стимулов для поставщиков;**
- **обеспечить доступности медицинской помощи для всех граждан;**
- **обеспечение финансовой защиты.**

# Функции финансирования здравоохранения

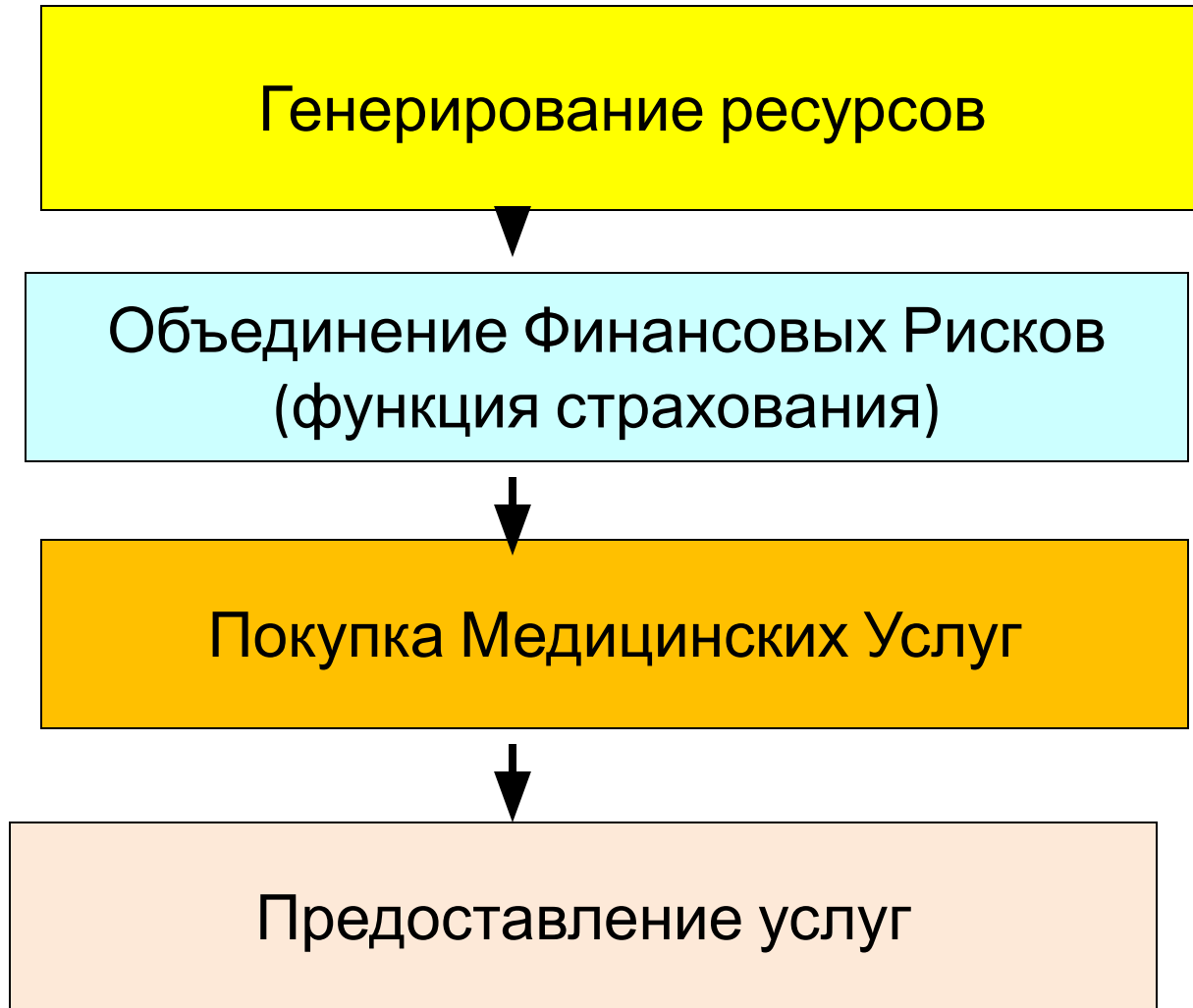
Генерирование ресурсов

Объединение Финансовых Рисков  
(функция страхования)

Покупка Медицинских Услуг

Предоставление услуг

Государственное  
Регулирование

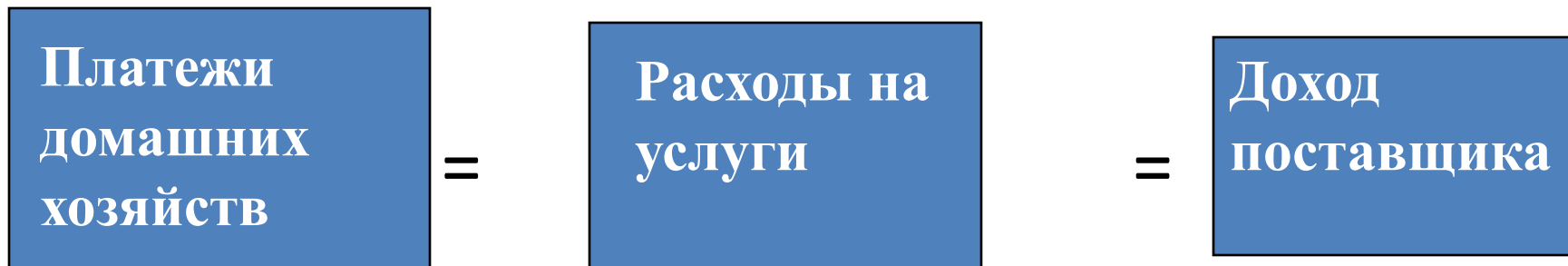


# Проблемы финансирования здравоохранения

Варианты финансирования	<b>Чрезмерные расходы</b> >8% ВВП	Низкий уровень < 5% ВВП
Действия	<b>Сдерживание затрат</b> -Внедрения технологий	-Распределение ресурсов малозатратных
Тактика	<b>-Усиление контроля за затратами</b> -Использование медицинских стандартов	Разработка приоритетов

# Основная истина в финансировании здравоохранения

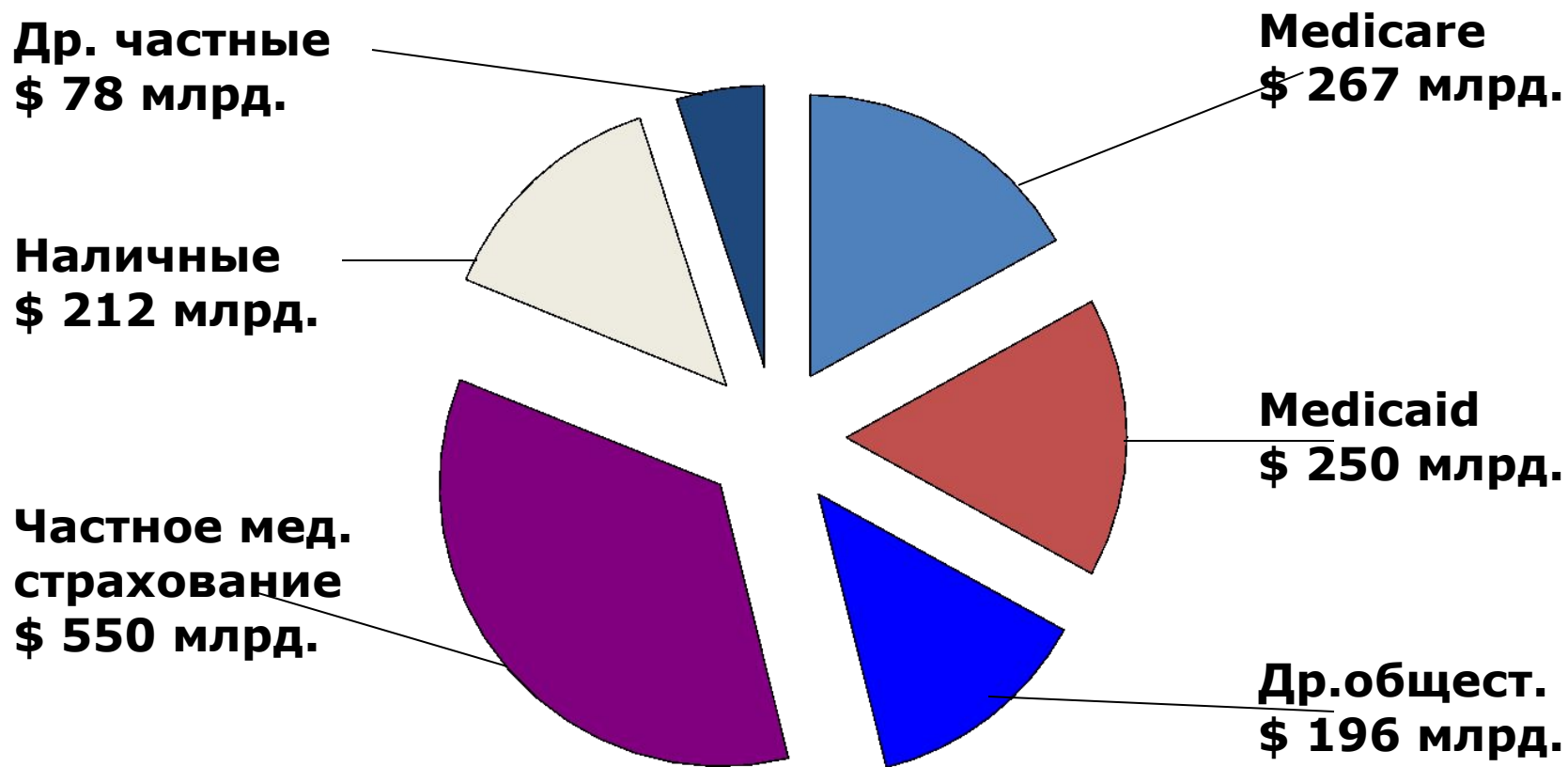
## «Идентификация доходов- расходов»



$$ГБ + ОМС + ДМС + ЛП = P * Q = W * Z$$

Метод финансирования, какие мы выбираем имеет последствия **на (i) защита риска; (ii) перераспределение ресурсов сообщества и (iii) те, кто контролирует расходы системы здравоохранения**

# Национальные расходы США на здравоохранение, по источникам (2002 год - \$ 1.6 трлн.)



## Характеристики систем Социального медицинского страхования в Западной Европе в связи с финансированием, 1999 или 2000 гг.

	Австрия	Бельгия	Франция	Германия	Нидерланды
Охват социальным медицинским страхованием (% от всего населения)	99%	99-100%	100%	88%	100% по системе AWBZ, 64 % по схеме ZFW
Ставка взноса: единая или варьирующая, процент от зарплаты (разделение платежей между нанимателем и наемным работником)	Варьирует в зависимости от профессии: 6,4-9,1% (50:50) (44:56)	Единая: 7,4% (52:48)	Единая: 13,6% (94:6)	Варьирует в зависимости от фонда: <b>среднее значение 13,6% (50:50)</b>	Единая: AWBZ 10,3% (0%100%), ZFW 8,1% (78:22)

## Характеристика доходов от взносов медицинского страхования в странах Центральной и Восточной Европы

Год ведения		Ставка налога на зарплату за здравоохранение (1999)		
		Лица получающие зарплату	Лица работающие не по найму	Не работающие
Хорватия	1993	18% (18%:0%)	18% задекларированного дохода	18% пенсии до выдачи налогов и других пособий плюс центральный бюджет
Чехия	1993	13,5% (9%:4,5%)	13,5% от 35% чистого дохода до вычета налогов	Центральный бюджетный трансферт 13,5% от 80% официального минимального размера оплаты труда
Эстония	1992	13% (13%:0%)	13% задекларированного дохода	Центральный бюджетный трансферт



продолжение

Год введения		Ставка налога на зарплату за здравоохранение (1999)		
		Лица получающие зарплату	Лица работающие не по найму	Не работающие
Венгрия	1990	14% (11%:3%) плюс целевой налог \$170 с работающего	14% задекларирован. дохода плюс целевой налог \$170 с человека	Государственный бюджет;
Албания	1995	Государственный сектор -34% (1,7%:1,7%). Частный сектор -3-5%	7% официального минимального размера оплаты труда	Государственный бюджет
Латвия	1998	28,4% личного подоходного налога	28,4% личного подоходного налога	Централь. бюджет трансферт

# Финансирование здравоохранения (Литва)

Общественное финансирование в 2010 г.

- **Обязательное страхование здоровья**
  - 4005,1 млн. Lt
- **Программа инвестиций государства**
  - 223,7 млн. Lt
- **Министерство здравоохранения**
  - 389,2 млн. Lt, из них:
- **Государственная служба наблюдения за общественным здоровьем при МЗ**
  - 36,8 млн. Lt, из них:
    - 23,3 млн. Lt на заработную плату
    - 1 млн. Lt на приобретение основных средств
- **ИТОГО**
  - 4654,8 млн. Lt

Источники:

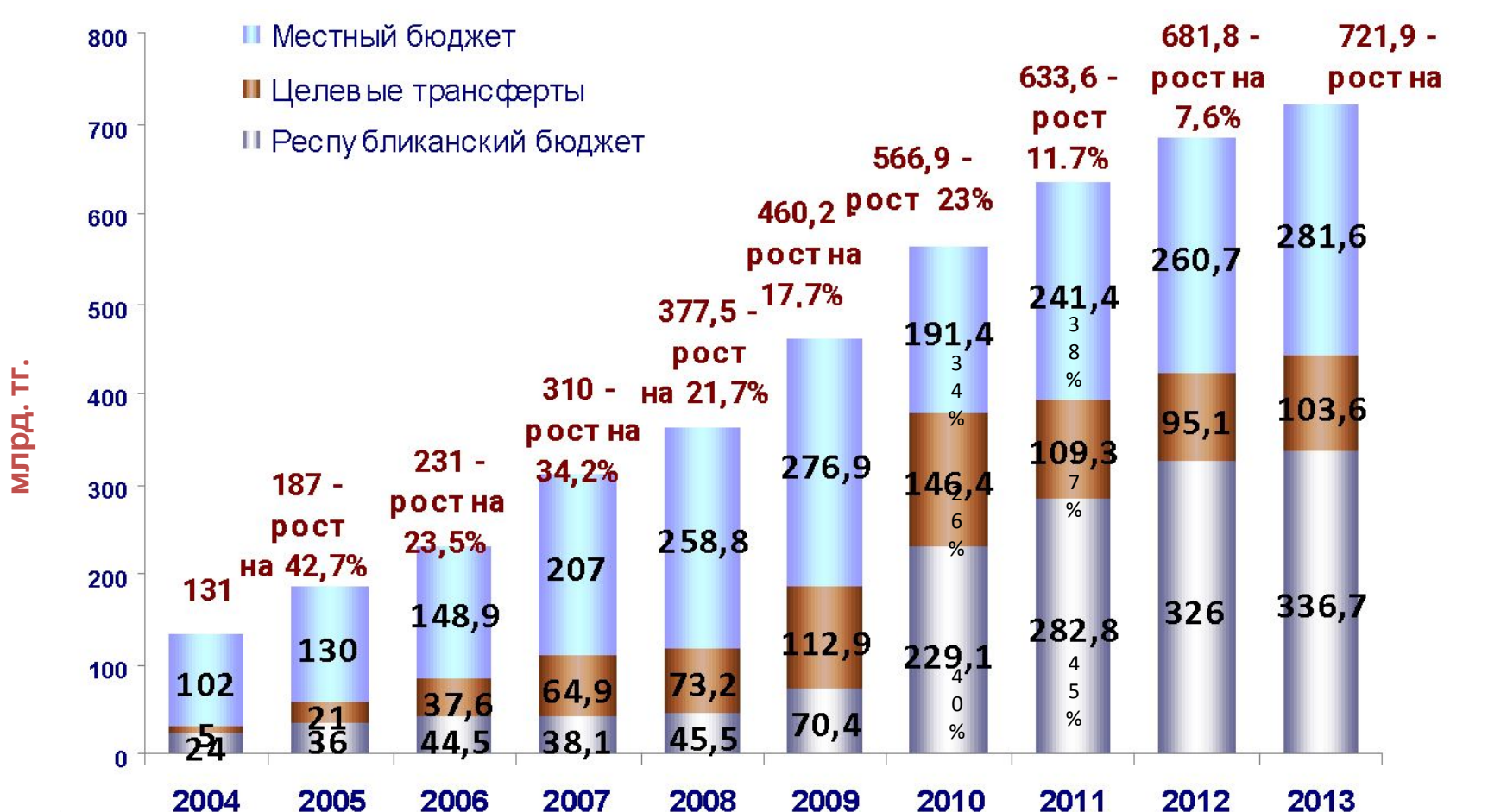
Закон об утверждении финансовых показателей бюджета государств и самоуправлений ЛР 2010 г. № XI-563

Закон об утверждении показателей бюджета Фонда обязательного страхования здоровья ЛР 2010 г. № XI-506

# Взносы обязательного страхования здоровья

- **Платит страхователь** – 3 % от доходов для расчета взносов социального страхования;
- **Платит страхующееся лицо:**
  - **6 % от доходов для расчета взносов социального страхования ;**
    - работающие на основании трудовых договоров и государственные служащие;
      - получающие пособия по болезни и материнству.
  - **9 % от доходов для расчета взносов социального страхования**
    - лица, занимающиеся индивидуальной деятельностью (исключая деятельность по удостоверениям предпринимателя и занимающихся индивидуальной сельскохозяйственной деятельностью).
  - **3 % от минимального месячного оклада**
    - лица, сельскохозяйственные владения или хозяйство которых не превышает 2 единицы европейской величины .
- **Для некоторых категорий законом предусмотрен минимальный и максимальный размер годовых взносов.**

# Расходы государственного бюджета на здравоохранение



## Уровень финансирования здравоохранения

- 2001 г – 63,9 млрд. тенге, к ВВП– 1,97%,
- 2004 г – 133,7 млрд. тенге, к ВВП– 2,6%,
- 2006 г - 229,4 млрд. тенге, к ВВП – 2,4%
- 2007 г. - 307,5 млрд. тенге, к ВВП – 2,5%
- 2008 г - 401,3 млрд. тенге, к ВВП – 2,7%(230,0млрд.-Г ОБМП)
- 2009 - 472,7млрд. тенге, к ВВП – 2,6%(273,0млрд.-Г ОБМП)
- 2010г - 524,2 млрд. тенге к ВВП – 2,9%(294,0млрд. - Г ОБМП)
- 2011г - 633,6 млрд.тенге к ВВП – 2,6%(396,6млрд. - Г ОБМП)
- 2012г - 681,8 млрд.тенге к ВВП – 2,8%(431,3,6млрд. - Г ОБМП)

## Расходы на душу населения:

- 2001 г – 4308 тенге (29 USD),
- 2004 г – 8797 тенге (63,6 USD).
- 2005 г - 11465 тенге (90,7 USD).
- 2007 г - 20 047 тенге (165,6 USD)
- 2008 г - 26 800 тенге (193,6 USD)
- 2012г - 43 762 тенге (290,6 USD)

# **Финансирование медицинских организации:**

- планирование**
- использование**

# Бюджет (budget)

- Это финансовый документ, созданный до того, как предполагаемые действия выполняются. Его также часто называют финансовым (в данном контексте следует понимать как выраженный в стоимостном измерении) планом действия;
- Но всегда необходимо следовать основному правилу – информация, содержащаяся в бюджете должна быть предельно точной;
- По определению Института дипломированных бухгалтеров по управленческому учету США, бюджет - это «количественный план в денежном выражении, подготовленный и принятый до определенного периода времени, обычно показывающий планируемую величину дохода, которая должна быть достигнута, и/или расходы, которые должны быть понесены в течение этого периода, и капитал, который необходимо привлечь для достижения данной цели».

# Функции бюджета

- Планирование операций, обеспечивающих достижение целей организации;
- Распределение ограниченных ресурсов.
- Координация различных видов деятельности и отдельных подразделений. Согласование интересов отдельных работников и групп в целом по организации.
- Стимулирование руководителей всех рангов в достижении целей своих центров ответственности.
- Контроль текущей деятельности, обеспечение плановой дисциплины.
- Средство обучения менеджеров.



# Планирование бюджета

Стратегическое

Планирование →

Программирование



Контроль  
бюджета

← Составление

# Философия составления бюджета

- Авторитарная – сверху-вниз;
- Финансовое планирование с участием исполнителей;
- Комбинации.

# Модели бюджета

- Бюджетирование с нуля/бюджет на нулевой основе;
- Дополняющая / Снижающая – наиболее часто применяемая модель;
- Комбинация – на нулевой основе для отдельных услуг / отделений;

# Бюджетирование с нуля

- Обладает возможностью перераспределения финансов на те программы, которые приносят наибольшую выгоду организации;
- Особенно важно в ситуациях, когда ресурсы очень ограничены;
- Определенно поощряет вовлечение всех менеджеров.

# Обзор 4 основных типов бюджета

- **Бюджет по показателям**
- **Текущий бюджет**
  - Бюджет доходов
    - Доходы от ведения операций
    - Неоперационный доход
  - Бюджет расходов
    - Труд - Заработная плата и неденежные выгоды
    - Материалы
    - Другие общие и административные расходы
- **Бюджет капитальных вложений**
- **Кассовый консолидированный бюджет**

# Бюджет расходов с применением важных концепций затрат

- **Статичный бюджет**
  - Не учитывает постоянные и переменные расходы;
  - **Самая легкая модель - доминирующий тип;**
  - Принимает предполагаемый уровень объема и рассчитывает прогноз доходов и расходов;
  - **“Психологическое” предположение о том, что все затраты неизменны;**
  - Не позволяет планирования для различных объемов выпуска;
  - Не подходит для оценки деятельности менеджера.

# Гибкий бюджет

- Предполагает, что некоторые затраты варьируются в зависимости от изменения объемов, тогда как другие неизменны;
- Использует уравнение общих затрат:
  - $TC = TFC + (VC_{cu} \times Q)$
  - Не может использовать средние  $TC \times Q$
- Более сложно поддерживать;
- Правильнее как инструмент менеджмента:
  - Может оценить деятельность на основе того, какие затраты были необходимы для производства фактического объема продукции;
  - Лучше для оценки деятельности менеджера;

# Бюджет управляемых затрат

- Управляемые затраты – менеджер влияет /может влиять на затраты. Влияние обычно не 100%-ное.
- Неуправляемые затраты – затраты, над которыми у менеджера нет или очень мало контроля;
- Менеджеры должны нести ответственность за те затраты, которые они могут контролировать в значительной мере.
- В комбинации с гибким бюджетом, наилучший способ для планирования и оценки деятельности.



# Основные компоненты

- Бюджет труда: постоянные и переменные
  - Полные ставки и почасовые
  - Сверхурочные
  - **Отработанные vs. Не отработанные**
  - **Неденежные компенсации**
- Бюджет поставок: постоянные и переменные
- Административные и общие (часто постоянные или в основном постоянные)
  - Коммунальные
  - Аренда
  - Контракт по текущему ремонту/обслуживанию
  - Страхование
  - Выплаты процентов
  - Износ

# Подходы к текущему управлению финансовыми ресурсами

- **определение «уязвимых» звеньев расхода;**
- **определение затратоформирующих блоков в текущей деятельности;**
- **углубленное изучение структуры затрат и их «поведения».**

# Классификация затрат по назначению

- **Прямые затраты** - это затраты, которые непосредственно относятся к объекту стоимости и связаны с ним
- **Косвенные затраты** - это затраты на обеспечение управленческой и хозяйственной деятельности.

# Свойство затрат

- **Прямые затраты** обеспечивают качество лечебно-диагностического процесса;
  - формирует мотивационную базу для сотрудников
- **Косвенные затраты** обеспечивают качества условий для больных и сотрудников
  - обеспечивает жизнедеятельность организации

# Классификация затрат по отношению к объемам

- **Постоянные затраты** - это затраты, которые не меняются с изменением количества пациентов или объема клинической деятельности.
- **Переменные затраты** - это затраты, которые меняются с изменением количества пациентов или объема клинической деятельности

# Особенности формирования постоянных (немедицинских) затрат

- По нормативам
- **Постоянные затраты (fixed costs)** в сумме не изменяются при изменении уровня деловой активности, они являются относительно постоянными, но рассчитанные на единицу изменяются обратно пропорционально объему оказываемых медицинских услуг

# Анализ безубыточности

Анализ безубыточности позволяет выявить необходимый объем выпуска/продажи для вывода организации на прибыльный уровень

Точка безубыточности - это точка, в которой расходы и доходы равны: нет чистой прибыли или убытка.

# Анализ безубыточности

Точка безубыточности =  $\frac{\text{постоянные издержки}}{\text{цена-переменные издержки за ед. прод.}}$



# Моделирование оплаты КХР

**НИИ ОиР**

коек	больных		КХР/койку в год	КХР всего	Дефицит/ профицит	КХР/ больной
<b>400</b>	<b>4 800</b>	"свои" расходы	202,6	81040		<b>16,9</b>
		средние расходы	586,9	234760	<b>-153720</b>	

"Пропорциональный" подход к регулированию КХР при изменении количества больных:

	4800			81040	<b>0</b>	16,9
-20% больных	4000			67533	<b>-13507</b>	-17%
+20% больных	5760			97248	<b>16208</b>	20%

"Смягченный" подход к регулированию КХР при изменении количества больных:

1% изменений КХР на 10% изменений количества больных

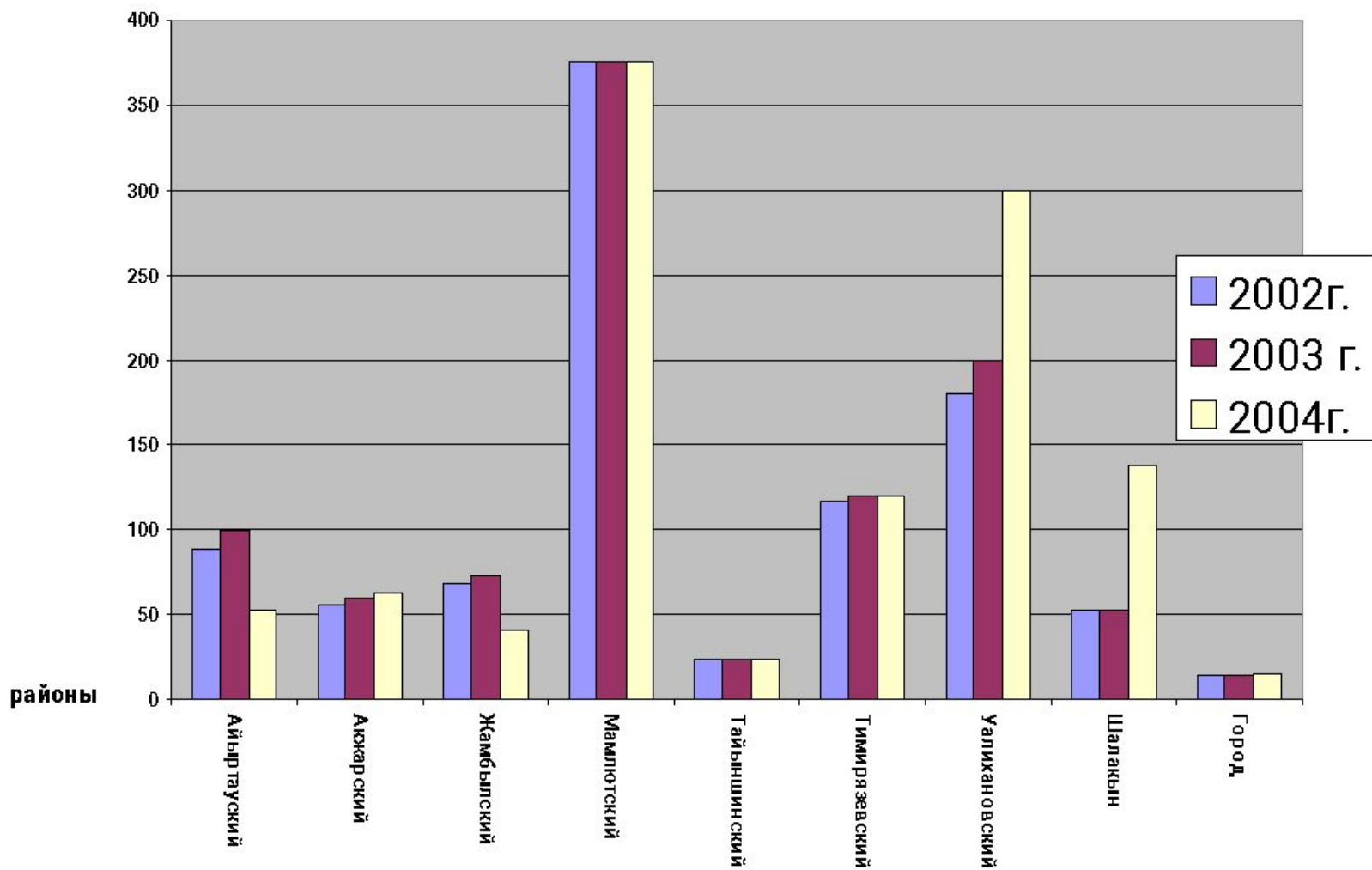
-20% больных	4000			78338,7	<b>-2701</b>	-3%
+20% больных	5760			84281,6	<b>3242</b>	4%



# Особенности формирования медицинских (переменных) затрат

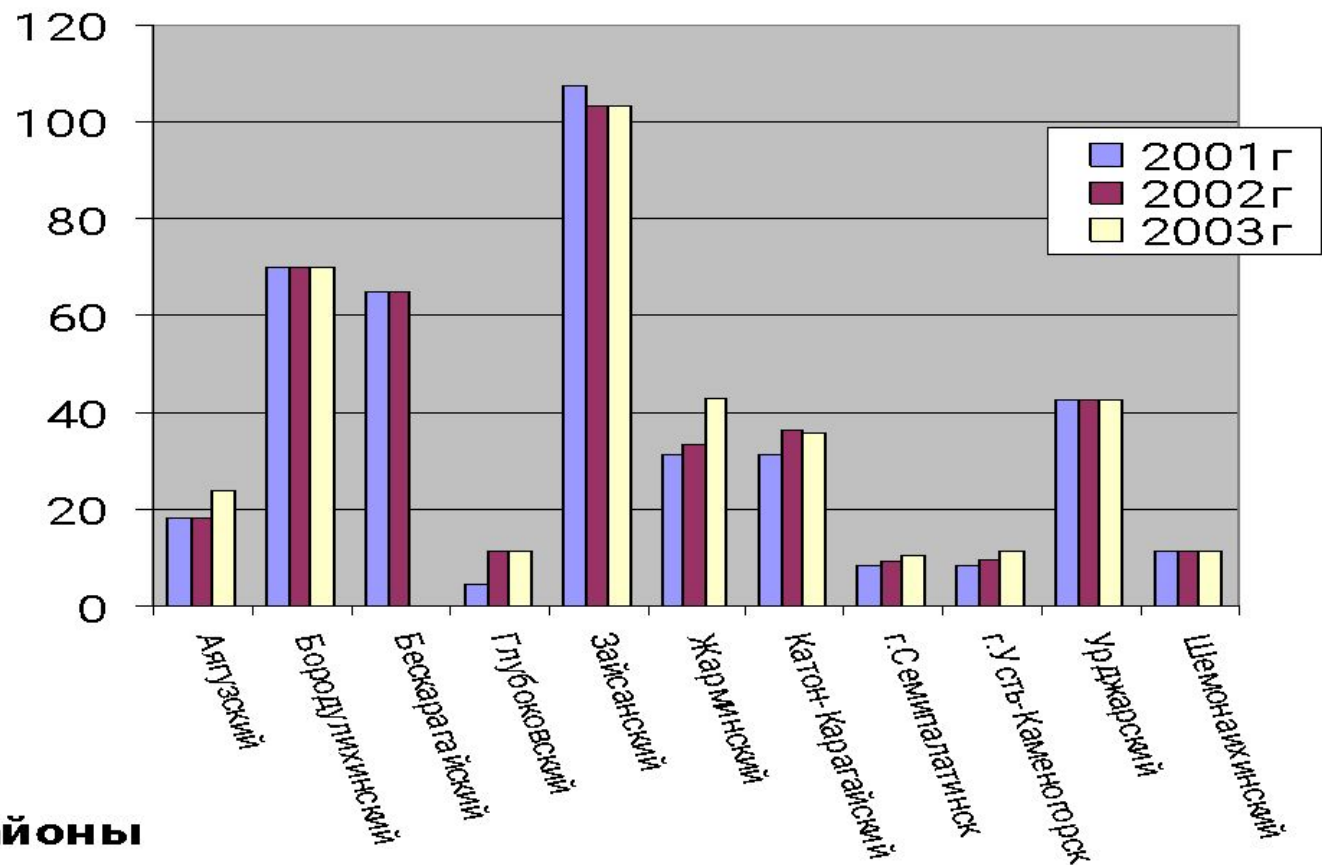
- Усредненные затраты
- Переменные затраты (*variable costs*) в сумме изменяются прямо пропорционально изменению объема производства (уровня деловой активности), а рассчитанные на единицу продукции представляют собой постоянную величин

Стоимость за куб.м.



Тарифы на хол. воду и канализацию по районам СКО

Стоимость за  
куб.м.



Районы

Тарифы на холодную воду по районам ВКО

# Постановление правительства РК № 965 от 6.10.2006г.

- **Объем финансирования ПМСП (Офин) определяется:**

**Офин.=Кнас.\* ПН \* Пкоэф.**

**Кнас. - кол-во прикрепленного населения**

**ПН – подушевой норматив на одного жителя**

**Пкоэф.- половозрастной поправочный коэффициент**

**Учитывая специфику сельского здравоохранения, географическую протяженность участка обслуживания, низкую плотность населения, администратор бюджетных программ может установить подушевой норматив отдельно**

# Свойство затрат

- **Медицинские затраты** обеспечивают качество лечебно-диагностического процесса;
  - формирует мотивационную базу для сотрудников
- **Немедицинские затраты** обеспечивают качества условий для больных и сотрудников
  - обеспечивает жизнедеятельность организации

# Прикладное значение затрат

- **Использование внутренних ресурсов (кадры, основные фонды, койки и т.д.);**
- **Реструктуризация коечного фонда;**
- **Выбор клинически и экономически выгодных видов медицинских услуг;**

# Возмещение затрат медицинским организациям в рамках ГОБМП



**Оплата труда**  
\*Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 04 декабря 2009 г. № 825  
Об утверждении правил оплаты за оказанный объем медицинских услуг, осуществляемый за счет республиканского бюджета

\*\*Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 04 декабря 2009 г. № 825  
Об утверждении правил оплаты за оказанный объем медицинских услуг, осуществляемый за счет республиканского бюджета



# Расчет коммунальных и прочих расходов

- Коммунальные и прочие расходы, за один пролеченный случай в условиях круглосуточного стационара, оплачиваются по среднерегionalным ставкам, утвержденным уполномоченным органом в области здравоохранения.
- Для медицинских организаций, применяющих высокотехнологичные медицинские технологии, финансируемых за счет средств республиканского бюджета оплата коммунальных и прочих расходов **осуществляется с применением повышающих коэффициентов**, утвержденных уполномоченным органом в области здравоохранения.
- 38. В случае превышения ежемесячного количества госпитализаций от планового количества определенного договором, **более чем на 10%**, по всем последующим сверхплановым случаям госпитализации, коммунальные и прочие расходы на одного больного возмещаются по тарифу, **составляющему 10 % от среднерегionalной ставки** на коммунальные и прочие расходы на одного больного, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения.

## продолжение

- Тариф за пролеченные случаи стационарозамещающего лечения **составляет 1/4 от части медико-экономического тарифа оплачиваемого за пролеченные случаи стационарного лечения, включающего расходы по заработной плате, дополнительных денежных выплат, социальных отчислений, социального налога, за исключением сеансов химиотерапии.**
- **Оплата расходов за пролеченные случаи стационарозамещающего лечения на лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинские услуги оказываются по фактическим расходам, с учетом результатов контроля качества и объема оказанной медицинской помощи.**
- **Оплата коммунальных и прочих расходов при лечении в дневном стационаре производится по тарифу, составляющему 1/6 от среднерегionalной ставки на коммунальные и прочие расходы на одного больного, утвержденной уполномоченным органом в области здравоохранения.**