

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 ¹		Младенческая смертность ²	Расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Подушев. расходы на здравоохранение ³
	Мужчины	Женщины			
Канада	75.8	81.4 ⁴	5.5 ⁴	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 ⁴	8.4	1,746
Великобритания	74.6 ⁴	79.7 ⁴	5.7	6.7	1,461
США	73.9	79.4	7.2 ⁴	13.6	4,178
Казахстан(2007)	60,7	72,3	14,7	2,5	165,0

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

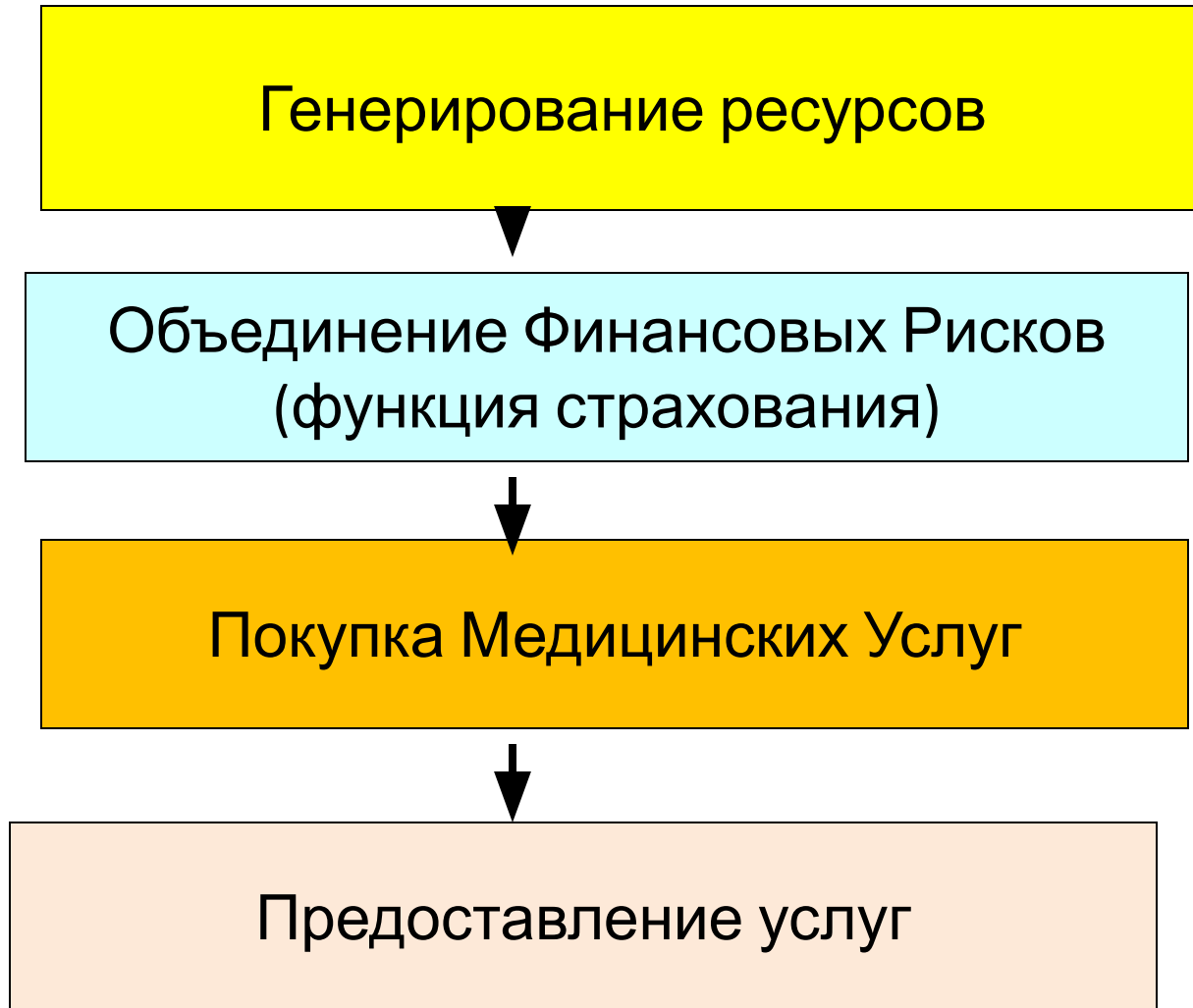
Генерирование ресурсов

Объединение Финансовых Рисков
(функция страхования)

Покупка Медицинских Услуг

Предоставление услуг

Государственное
Регулирование

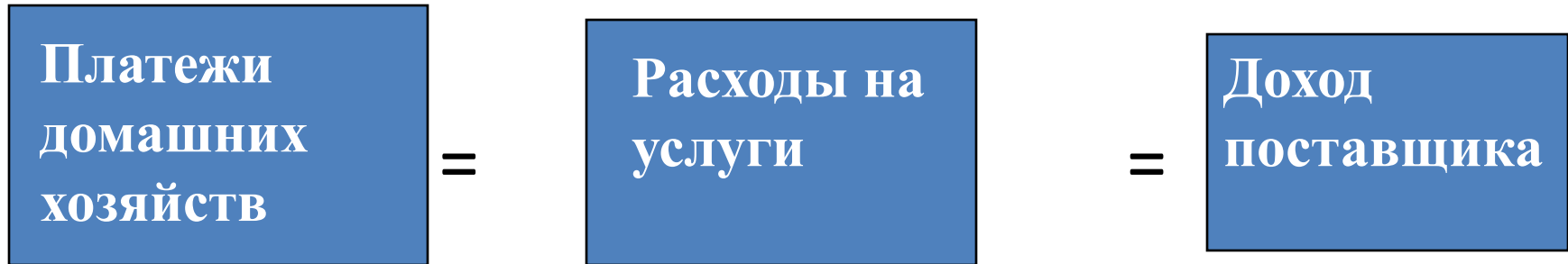


Проблемы финансирования здравоохранения

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

Основная истина в финансировании здравоохранения

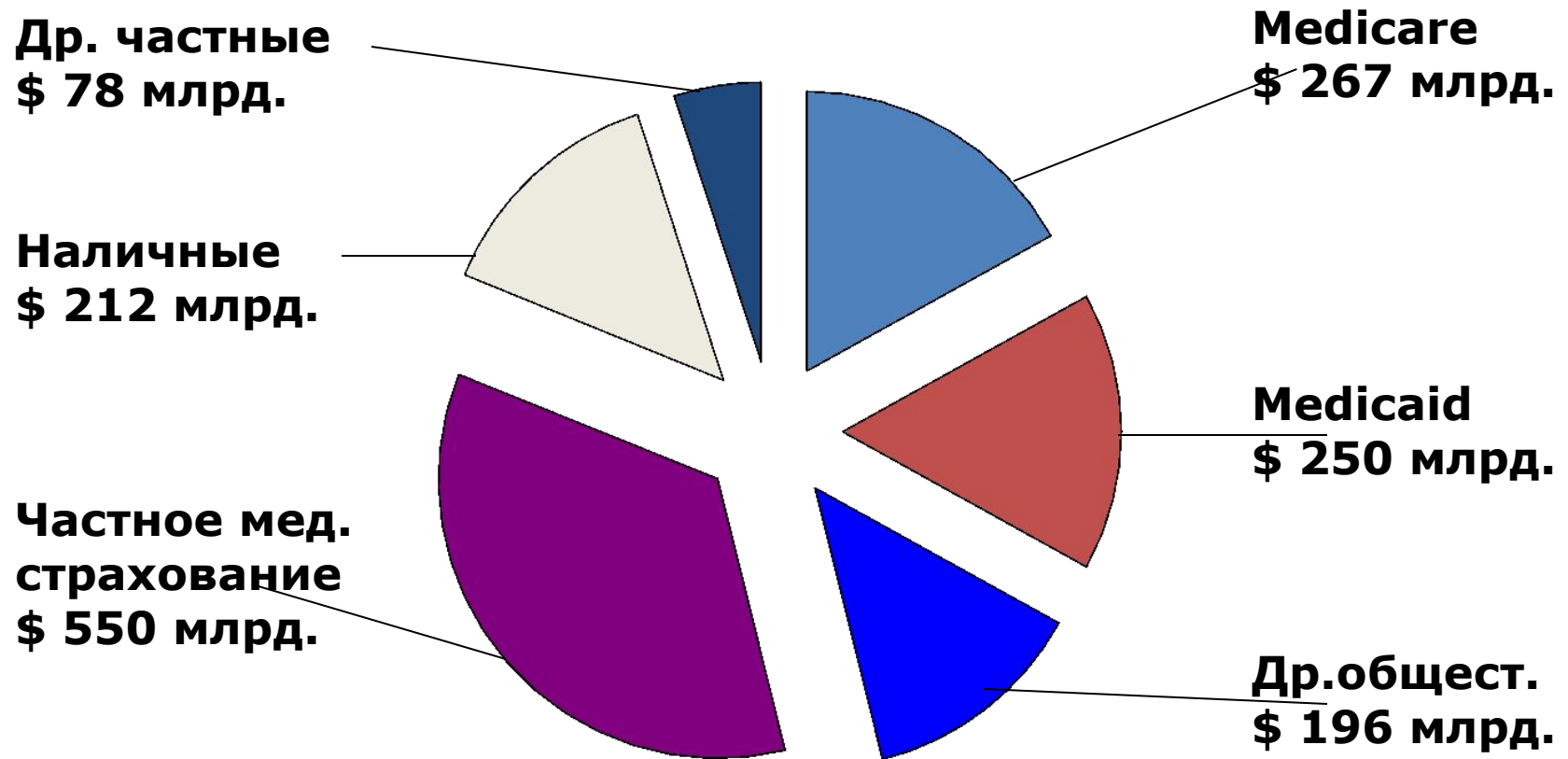
«Идентификация доходов- расходов»



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

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: среднее значение 13,6% (50:50)	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
400	4 800	"свои" расходы	202,6	81040		16,9
		средние расходы	586,9	234760	-153720	

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

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

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

1% изменений КХР на 10% изменений количества больных

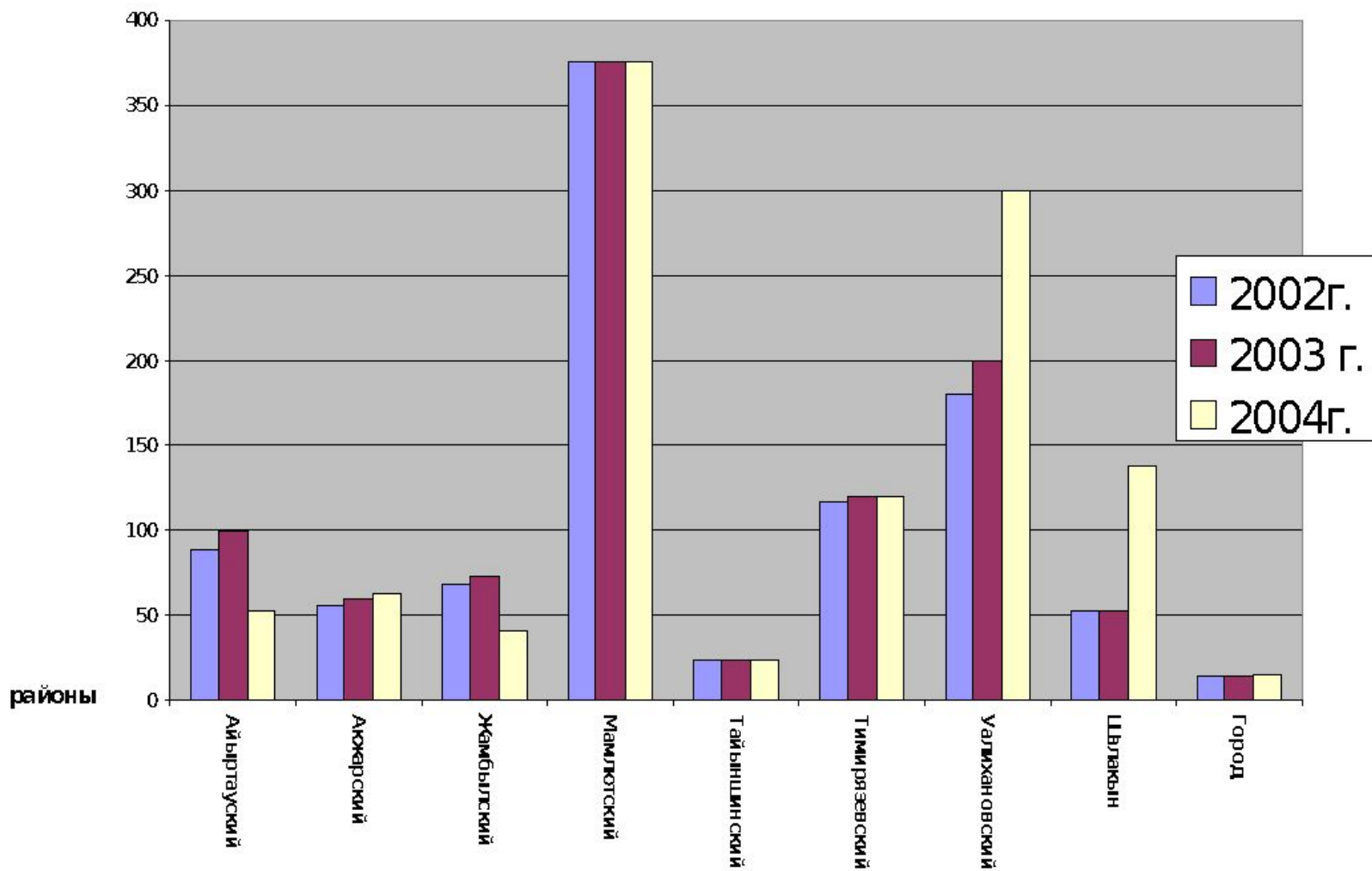
-20% больных	4000			78338,7	-2701	-3%
+20% больных	5760			84281,6	3242	4%



Особенности формирования медицинских (переменных) затрат

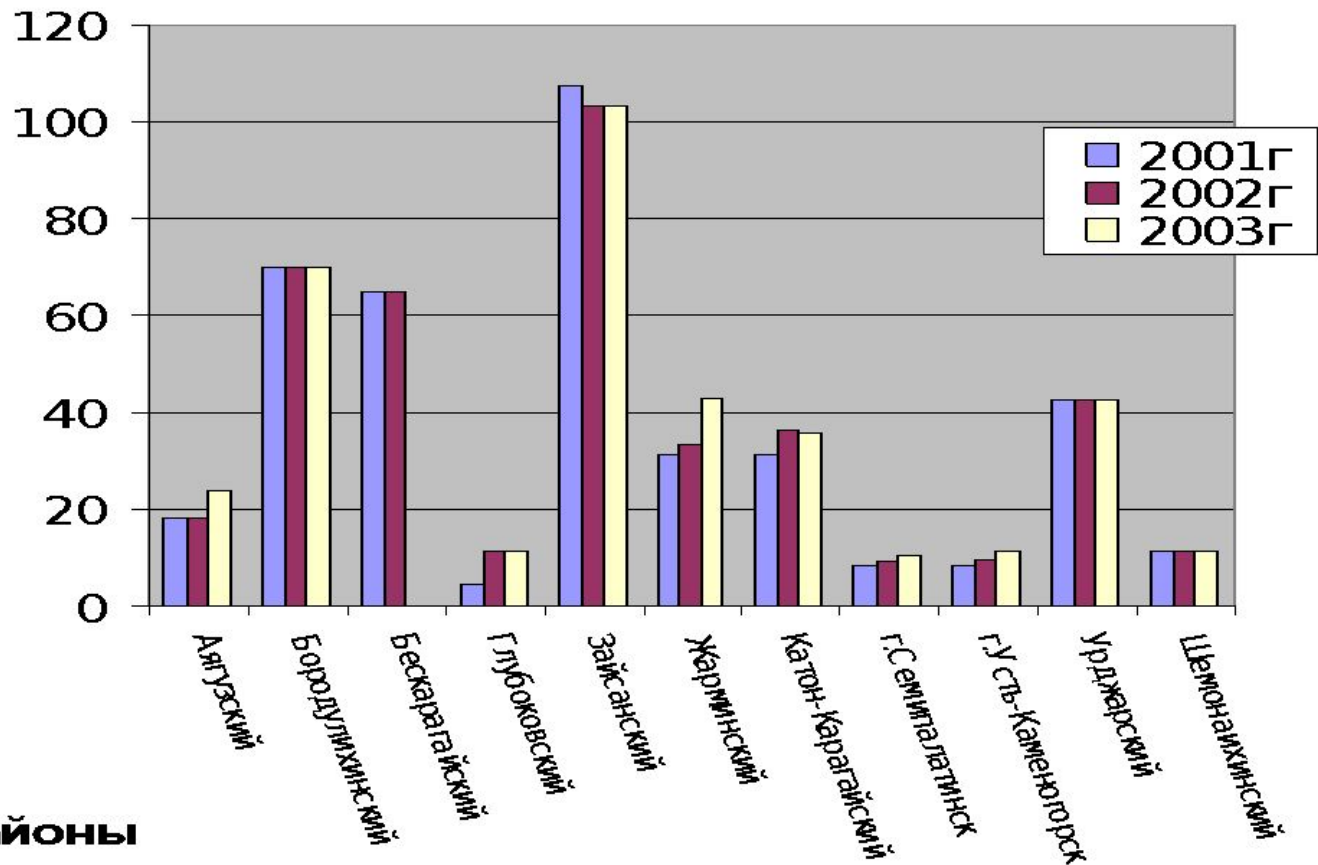
- Усредненные затраты
- Переменные затраты (*variable costs*) в сумме изменяются прямо пропорционально изменению объема производства (уровня деловой активности), а рассчитанные на единицу продукции представляют собой постоянную величин

Стоимость за куб.м.



Тарифы на хол. воду и канализацию по районам СКО

Стоимость за
куб.м.



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.**