

Особенности организации и финансирования здравоохранения в современных условиях

© 2009 М.Р. Шагиахметов

кандидат экономических наук, доцент

Казанский государственный финансово-экономический институт

В статье обобщен опыт реформ в сфере финансирования здравоохранения, выявлены преимущества и недостатки существующей системы финансирования, определены перспективные направления дальнейшего развития эффективной национальной модели, способствующей формированию здорового образа жизни российских граждан.

Ключевые слова: качество жизни, здравоохранение, финансирование социальных программ, бюджетные расходы на здравоохранение, национальная модель здравоохранения, приоритетный национальный проект “Здоровье”.

Взаимодействие экономики и социальной политики является сложным процессом, в котором должны учитываться не сиюминутные факторы и показатели, а тенденции долгосрочного развития общества. Развитие и совершенствование социальной сферы сегодня признаны объективно необходимыми условиями сохранения человеческой популяции, обеспечения ее соответствия требованиям постоянно развивающихся производительных сил. Социальный потенциал современного общества определяется уровнем и темпами развития систем образования, здравоохранения, культуры, которые по праву относятся к факторам не только общественного благосостояния, но и экономического роста.

Однако реформирование социальной сферы в последние годы базировалось на стремлении направить ее в русло экономии общественных ресурсов, с тем чтобы сэкономленные средства использовать на проведение экономических реформ в производственных отраслях. Сегодня формируется новый подход к развитию социальной сферы. Речь идет о системных изменениях модели социальной политики, включающей в себя отказ государства от функции монополиста на рынке медицинских услуг, формирование рынка услуг с реально повышающимся качеством.

Эффективное социальное и экономическое развитие народного хозяйства предопределяет развитие определенных межотраслевых пропорций. Критериями оптимизации этих пропорций выступает величина эффекта, получаемого обществом от средств, вложенных в отрасли социальной сферы, что предполагает поиск наиболее выгодных областей инвестирования общественных ресурсов. В этой связи возрастающее значение имеет совершенствование методов управления отраслями социальной сферы в различных фазах воспроизводства (формирования, распределения, обмена, потребления) на базе исследования эконо-

номических основ функционирования как каждой из отраслей социальной сферы, так и их совокупности, объединяемых рамками экономики общественного сектора.

Особенности здравоохранения как отрасли социальной сферы, сложной, многоуровневой, жестко стратифицированной системы, обуславливают особые подходы к ее реформированию. Стратегия совершенствования здравоохранения должна исходить из взаимосвязанности и взаимообусловленности всех факторов развития: материальных, институциональных, экономических, социальных, экологических.

На фоне роста экономической значимости медицинских проблем их социальные аспекты служат детонатором напряженности в обществе. Именно поэтому можно утверждать, что оказание медицинских услуг населению может превратиться в арену политической и экономической борьбы, поскольку именно здравоохранение отвечает за обеспечение конституционных прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи.

Стратегический курс на повышение качества жизни населения сегодня требует широкого внедрения новых форм управления качеством медицинских услуг, перехода к качественно новой парадигме развития, переноса акцента с лечения на профилактику заболеваний. Все это необходимо осуществить с помощью экономических рычагов, что предполагает детальную проработку экономико-правовых вопросов, социально-экономического и научно-методического сопровождения реформы.

Здоровье россиян - важнейший фактор национальной безопасности России. Поэтому охрана и укрепление здоровья нации является важнейшей стратегической задачей. Под охраной здоровья нации понимается совокупность общегосударственных мер политико-экономического

характера, включая реализацию лечебно-профилактических, оздоровительно-рекреационных, санитарно-гигиенических, экономических, технологических мероприятий, в осуществлении которых участвуют как медицинские организации, так и государственные и муниципальные органы, профсоюзные и общественные организации, средства массовой информации, а также трудовые коллективы и руководители предприятий и организаций.

Воздействуя на формирование и эффективное использование человеческого капитала, здравоохранение становится предпосылкой экономического роста, фактором обеспечения конкурентоспособности экономики страны на мировом рынке, что в свою очередь создает реальные условия повышения качества жизни населения. Без сильной социальной политики недостижимо эффективное использование человеческого капитала. Возрастание внимания к социальной сфере, и в частности к проблемам охраны здоровья населения, отвечает требованиям цивилизованного развития общества и социальным ожиданиям граждан. Сегодня здоровье нации должно стать критерием соответствия государственной политики истинным национальным интересам.

За годы рыночных преобразований российское здравоохранение характеризовалось противоречивыми и разнонаправленными процессами развития. Сформировалось некое эклектичное образование, сочетающее в себе элементы элитарного медицинского обслуживания, массового здравоохранения, медицинского обслуживания либерального типа (частного сектора) в условиях раздробленности системы здравоохранения. Современная специализированная медицинская помощь оказалась малодоступной или вовсе недоступной людям, не обладающим соответствующим социальным статусом, не имеющим необходимых для этого доходов и проживающим в отдалении от центра России. Произошла стратификация населения по уровню потребления медицинских услуг. О ее масштабах наглядно свидетельствуют существенные различия между расходами регионов на здравоохранение в пересчете на душу населения (в сопоставимых ценах), эти различия продолжают углубляться. Процессы дифференциации потребления медицинских услуг между наиболее богатыми и наиболее бедными слоями населения, между работниками финансово обеспеченных и депрессивных отраслей, между работающими и безработными, между группами населения трудоспособного и нетрудоспособного возраста, которые наблюдаются сегодня, не способствуют повышению качества жизни российского населения.

Особая значимость охраны и укрепления здоровья в современном обществе требует разработки и реализации государственной стратегии реформирования и развития единой индустрии здоровья. В ее основе должно лежать признание необходимости концентрации усилий всех активных участников медико-производственных процессов на одном общем направлении - удовлетворении потребности населения в квалифицированной медицинской помощи.

Качество медицинской помощи населению определяется не только адекватностью форм ее организации, состоянием материально-технической базы учреждений здравоохранения, но и наличием квалифицированных специалистов. Острота кадровой проблемы во многом объясняется тем, что деятельность лечебно-профилактических учреждений и медицинского персонала осуществляется в настоящее время в принципиально новых, непрерывно усложняющихся условиях. Это связано с формированием рыночных отношений, сложностью перехода к медицинскому страхованию, повышением требований к уровню подготовки специалистов, а также с недостаточным финансированием отрасли как из федерального, так и регионального и местного бюджетов.

Сегодня в российском здравоохранении представлены все основные формы собственности. К государственной системе здравоохранения относятся Министерство здравоохранения РФ и соответствующие органы на уровне субъектов Федерации, Российская академия медицинских наук (РАМН), которые в пределах своей компетенции планируют и осуществляют меры по реализации государственной политики РФ, по выполнению программ в области здравоохранения и по развитию медицинской науки. В нее также входят находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические учреждения, фармацевтические предприятия, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, учреждения судебно-медицинской экспертизы, предприятия по производству медицинских препаратов и медицинской техники и др.

Муниципальная система здравоохранения объединяет муниципальные органы управления здравоохранением и находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические, аптечные и другие учреждения. К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинс-

кой практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Концепция развития здравоохранения предусматривает необходимость развития частного сектора здравоохранения, предоставления частным медицинским учреждениям равных с государственными и муниципальными учреждениями прав на участие в системе обязательного медицинского страхования, в реализации на конкурсной основе государственных и муниципальных целевых программ.

Финансирование здравоохранения осуществляется за счет средств бюджетов различных уровней, средств медицинского страхования (прежде всего, обязательного), средств целевых фондов развития здравоохранения. Это основные источники финансового обеспечения здравоохранения. Существуют еще и дополнительные источники: доходы по ценным бумагам, кредиты банков, благотворительная деятельность и т.д. Очень важным в мировой практике организации здравоохранения является вопрос о том, какова доля валового внутреннего продукта, направляемая на эти цели.

Для учреждений здравоохранения установлены некоторые льготы в области налогообложения. Так, реализация медицинских услуг, предусмотренных перечнем, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2001 г., не подлежит обложению налогом на добавленную стоимость. В этот перечень включены услуги по диагностике, профилактике и лечению, непосредственно оказываемые населению в рамках амбулаторно-поликлинической, стационарной медицинской помощи, а также услуги, оказываемые в санаторно-курортных учреждениях, и т.д.

В последние годы наметилась тенденция передачи многих функций и социальных обязательств государства с федерального на региональный уровень. Так, в 2006 г. доля федерального бюджета в финансировании социальной сферы составила 27,2%¹. Сложившиеся высокие диспропорции в социально-экономическом развитии регионов приводят к тому, что субъекты РФ не могут в полной мере выполнить социальные обязательства государства, нарушается принцип равной доступности потребления социальных благ и услуг. В связи с этим основная нагрузка в финансировании здравоохранения продолжает ложиться на федеральный бюджет.

Сохранение действующей системы финансирования здравоохранения, оторванной от ре-

альных объемов и качества медицинской помощи, закрепит разрозненность системы здравоохранения, которая безвозвратно потеряла преимущества советской системы и не восприняла достоинств здравоохранения экономически и социально благополучных стран. Представления, что все финансовые проблемы могут быть решены за счет развития системы обязательного и добровольного медицинского страхования, на практике проявились в том, что сократилась ресурсная база здравоохранения, к тому же используемая неэффективно. Проблема финансирования здравоохранения требует притока дополнительных финансовых ресурсов и другого принципа их распределения.

Приоритетный национальный проект "Здоровье" положил начало глубоким преобразованиям в сфере российского здравоохранения. Впервые за многие годы отрасль получила значительные государственные вложения: в кадры здравоохранения, в материально-техническую базу, в развитие первичной и высокотехнологичной медицинской помощи.

В 2006 - 2007 гг. государство фактически возвращало здравоохранению долги, накопившиеся за предыдущий период. Врачи, находящиеся на наиболее проблемных участках: первичное звено, родовспоможение, скорая помощь - получили существенное материальное поощрение. Были заменены десятки тысяч единиц устаревшего малоэффективного оборудования. Фактически возродилась система диспансеризации населения.

Существенно, почти в 1,6 раза, повышена заработная плата для 690 тыс. медицинских работников первичного звена. Зарплата участковых терапевтов, педиатров и врачей общей практики составляет в среднем 22,6 тыс. руб., врачей-специалистов амбулаторно-поликлинических учреждений - 15,5 тыс. руб.²

Численность участковых врачей возросла на 7,7 тыс. чел. Это позволило укомплектовать врачебные участки медицинскими работниками. На участки пришли более 3 тыс. молодых врачей и почти столько же специалистов со средним профессиональным образованием. В результате доля лиц пенсионного возраста снизилась - на 10% среди врачей, на 12% среди медицинских сестер. Удалось снизить коэффициент совместительства на 20 % (с 1,6 до 1,3).

¹ Сергеев И., Кирсанова Н., Кирсанова И. Развитие социальной сферы: приоритеты регулирования // Экономист. 2007. №1. С. 51.

² О предварительных итогах реализации ПНП "Здоровье" в 2006-2007 годах, мероприятиях и параметрах проекта и демографической политики в 2008 году, о также направлениях работы на долгосрочную перспективу: доклад министра здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голиковой, 25 дек. 2007 г.

Мероприятия приоритетного национального проекта “Здоровье” оказали значительное воздействие на демографическую ситуацию в стране. Повышение качества работы первичного звена, усиление профилактической направленности здравоохранения, существенное изменение системы родовспоможения в комплексе с мерами по государственной поддержке семей, имеющих детей, проведенные на основании Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации, впервые за многие годы привели к улучшению основных демографических показателей. За 2006 - 2007 гг. коэффициент рождаемости увеличился на 11%. Коэффициент смертности населения за этот период снизился почти на 9%. Однако, несмотря на рост в России государственных расходов на здравоохранение, они продолжают оставаться значительно ниже, чем в высокоразвитых странах. Так, расходы на здравоохранение в 2007 г. (самые высокие за предыдущие годы) не превышали 2,8% ВВП³, тогда как минимально допустимый уровень, рекомендуемый Всемирной организацией здравоохранения, не должен быть ниже 5%.

В соответствии с федеральными законами от 19 декабря 2006 г. № 238-ФЗ “О федеральном бюджете на 2007 год” и от 23 ноября 2007 г. № 267-ФЗ “О внесении изменений в федеральный закон “О федеральном бюджете на 2007 г.” общий объем расходных обязательств в 2007 г. составил 309 492,5 млн. руб.; в том числе: Минздравсоцразвития России - 9154,3 млн. руб.; Роспотребнадзор - 15 458,6 млн. руб.; Росздравнадзор - 6176,8 млн. руб.; Роструд - 47 008,2 млн. руб.; Росздрав - 182 994,6 млн. руб.; Росмедтехнологии - 22 048,2 млн. руб.; ФМБА - 11 091,5 млн. руб.; РАМН - 15 560,3 млн. руб.

Распределение бюджета Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по целям, задачам и программам осуществляется на основании определенных Президентом Российской Федерации и Правительством Российской Федерации приоритетных направлений развития государства.

В 2007 г. из общего объема расходных обязательств 309 492,5 млн. руб. планировалось распределить по целям и задачам 303 346,2 млн. руб. (98,0%), в том числе по программам - по национальному проекту в сфере здравоохранения - 81 187,8 млн. руб. (26,2%), по другим программам - 5879,5 млн. руб. (1,9%). Не распределены по целям и задачам 1667,4 млн. руб. (0,5%) - расходы на руководство и управление в сфере установленных функций по центральному

аппарату Министерства, подведомственных федеральных агентств и федеральных служб, РАМН.

В 2008 г. из общего объема расходных обязательств 239 523,1 млн. руб. планируется распределить по целям и задачам 236 576,6 млн. руб. (98,8%), в том числе по программам - по национальному проекту в сфере здравоохранения - 67 070,0 млн. руб. (28,0%), по другим программам - 6744,5 млн. руб. (2,8%). Не распределены по целям и задачам 1691,1 млн. руб. (0,7%) - расходы на руководство и управление в сфере установленных функций по центральному аппарату Министерства, подведомственных федеральных агентств и федеральных служб, РАМН.

В 2009 г. из общего объема расходных обязательств 268 099,9 млн. руб. планируется распределить по целям и задачам 26 5018,6 млн. руб. (98,8%), в том числе по программам - по национальному проекту в сфере здравоохранения - 76 164,4 млн. руб. (28,4%), по другим программам - 6219,4 млн. руб. (2,3%). Не распределены по целям и задачам 1782,8 млн. руб. (0,7%) - расходы на руководство и управление в сфере установленных функций по центральному аппарату Министерства, подведомственных федеральных агентств и федеральных служб, РАМН.

В 2010 г. из общего объема расходных обязательств 268 462,7 млн. руб. распределено по целям и задачам 265 400,5 млн. руб. (98,9%), в том числе по программам - 11 025,7 млн. руб. (4,1%). Не распределены по целям и задачам 1925,5 млн. руб. (0,7%) - расходы на руководство и управление в сфере установленных функций по центральному аппарату Министерства, подведомственных федеральных агентств и федеральных служб, РАМН.

В систему мер по повышению качества контроля соблюдения бюджетного законодательства и формированию системы внутреннего финансового контроля вошли: анализ действующей системы внутреннего контроля с целью выявления сильных и слабых сторон; разработка порядка и процедур ведомственного внутреннего контроля (подчиненность, принципы, задачи и сферы ответственности, организация работы, методы, отчетность, порядок работы, взаимодействие с другими органами государственного контроля); разработка и реализация плана мероприятий по проведению внутренних проверок.

Таким образом, реформирование финансирования здравоохранения положило начало серьезным преобразованиям в управлении системой здравоохранения, целью которых является создание эффективной национальной модели, способной выражать интересы как пациентов, так и медицинских работников.

³ Сергеев И., Кирсанова Н., Кирсанова И. Указ. соч. С. 54.