Коробкова Оксана Константиновна – канд. эконом. наук, доцент кафедры бухгалтерского учёта и контроля ГОУ ВПО Хабаровская государственная академия экономики и права (г. Хабаровск). E-mail: pvkokhab@yandex.ru

Оптимизация финансирования медицинских услуг учреждений здравоохранения

В статье рассмотрено состояние финансирования медицинских услуг за период с 1991г по 2007 годы в Российской Федерации в сравнении со странами Западной Европы и США. Отмечены проблемы финансирования отрасли и определены направления по оптимизации финансирования системы здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинская услуга, обязательное медицинское страхование, финансирование.

В конце 80-х – начале 90-х годов XX века стало очевидным, что неудовлетворительное функционирование российской системы здравоохранения является следствием не только недостаточного финансирования, но и неэффективного управления процессом оказания медицинских услуг и их оплаты.

Финансирование осуществлялось по удельным нормативам затрат (бюджетно-сметное финансирование), связанным не с конечными социально-значимыми показателями (законченный случай лечения больного), а лишь с объемными показателями (число коек в стационаре, посещений в смену в амбулаторно-поликлиническом звене). Такая модель финансирования способствовала экстенсивному развитию отрасли – увеличению сети учреждений здравоохранения, численности коек, росту показателя обеспеченности врачебными кадрами и др.

В мировой практике принято выделять четыре основных источника финансирования здравоохранения: поступления от общего налогообложения, взносы в систему обязательного медицинского страхования, взносы в систему добровольного медицинского страхования, наличные средства пациентов. В настоящее время федеральный бюджет (в условиях резко ограниченных финансовых возможностей субъектов Российской Федерации и населения) остается единственно возможным источником покрытия недофинансирования. В условиях рыночной экономики можно выделить бюджетную, страховую и частную (по источнику) системы финансирования здравоохранения (табл. 1).

Таблица 1

Модели финансирования здравоохранения

Модель финансирования	**Характеристика**

Бюджетная	Основывается на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение
Страховая	Основывается, преимущественно, на целевом взносе на медицинское страхование, выступает в форме сочетания страхового и бюджетного финансирования
Частная	Основывается, преимущественно, на взносах из личных средств граждан, благотворительных фондов и т. п.

Мероприятия по повышению собираемости взносов в систему обязательного медицинского страхования на неработающее население в субъектах Федерации не приводят к существенному увеличению объемов средств, так как даже до реформы жилищно-коммунального хозяйства и монетизации льгот эти взносы субъекты Федерации не могли собирать в полном объеме.

Нелегитимные платежи составляют не более 3 – 4 млрд. руб. в год, что соответствует «благодарности» в размере 1 – 2 тыс. руб. в месяц (на врача) в крупных городах. Платные медицинские услуги возможны только для 15 – 20% населения страны, у которых доходы составляют не менее 500 $ США на одного члена семьи. Так что доля собираемых средств за счет платных медицинских услуг также незначительна.

Объемы государственного финансирования здравоохранения формируются по остаточному принципу. Утверждаемая ежегодно Программа Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи не покрывает потребности здравоохранения приблизительно в два раза. Отсутствует привязка подушевого финансового норматива программы государственных гарантий к минимальному размеру оплаты труда, доле внутреннего валового продукта.

Программа Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации основана на минимальном подушевом нормативе, не учитывающим низкий уровень заработной платы, недофинансирование по питанию, медикаментам, низкую материально-техническую базу лечебно-профилактических учреждений.

Правительство Российской Федерации предложило пакет законопроектов, направленных на решение главной проблемы здравоохранения – несбалансированности государственных гарантий оказания медицинской помощи и финансового обеспечения. Однако предлагается проводить реформу только за счет внутренних ресурсов, без финансовой подпитки извне. Странам, проводившим реформы здравоохранения, удалось с их помощью снизить лишь темпы роста расходов на здравоохранение. В целом же, такие реформы требуют увеличения финансирования. Для этого необходимо выделение дополнительных ресурсов и их концентрация на приоритетах развития отечественного здравоохранения.

Президент РФ Дмитрий Медведев 16.04.2008 г. провел в Кремле совещание по вопросам здравоохранения и социального развития. Как

сообщает пресс-служба президента, он призвал сократить разрыв в медицинском обеспечении между регионами. «В Москве и Санкт-Петербурге ситуация с оказанием медицинской помощи одна, в ряде удаленных регионов – принципиально другая», – подчеркнул он. Д. Медведев призвал оптимизировать расходы на содержание медицинской сети. «Что касается ассигнований на содержание медицинской сети, мы должны думать об их оптимизации, с одной стороны, и с другой стороны – куда направлять основные силы, куда расходовать средства», – сказал Медведев, открывая в Кремле совещание по вопросам развития здравоохранения и социального страхования. Он также отметил, что необходимо обсудить, как привлечь «частные инвестиции в здравоохранение, без них система не будет развиваться полноценно».

Если организации здравоохранения, источником финансирования которых является федеральный бюджет, принимают непосредственное участие в реализации региональных целевых программ в области здравоохранения, такая деятельность обеспечивается за счет средств бюджетов субъектов РФ и внебюджетных средств (табл. 2).

По расчетам экспертов Всемирной организации здравоохранения, для адекватного и эффективного функционирования системы здравоохранения финансирование должно составлять не менее 6 – 8 % от валового внутреннего продукта (ВВП). Анализируя расходы на здравоохранение нельзя не отметить, что отечественное здравоохранение на протяжении нескольких десятилетий (данные 1991 – 2007 гг.) находится в состоянии хронического недофинансирования в пределах 2,7 – 6,0% от ВВП [2].

В 2005 – 2007 гг. государственное финансирование здравоохранения Российской Федерации составило: в 2005 г. – 5,2% от ВВП, в 2006 г. – 5,4%., в 2007 г. – 5,9%. В структуре государственных расходов на здравоохранение Российской Федерации (Хабаровский край) средства федерального бюджета составляют около 8%, средства бюджетов субъектов Федерации – около 50%, средства обязательного медицинского страхования – 42%.

Таблица 2

Расходы на здравоохранение РФ, % от ВВП

Года	**Расходы на здравоохранение, % от ВВП**		
	Здравоохранение в целом	**Государственный бюджет**	**Обязательные страховые взносы**
1991 г.	2,9	2,9	-
1992 г.	2,5	2,5	-
1993 г.	3,7	3,1	0,6
1994 г.	3,9	3,2	0,7
1995 г.	2,9	2,4	0,5
1996 г.	4,4	3,8	0,6
1997 г.	5,5	4,2	1,3
1998 г.	5,3	3,8	1,5
1999 г.	4,9	3,0	1,9
2000 г.	5,5	3,3	2,2

2001 г.	5,7	3,3	2,4
2002 г.	6,0	3,5	2,5
2003 г.	5,5	3,3	2,3
2004 г.	5,2	3,1	2,1
2005 г.	5,2	3,2	2,0
2006 г.	5,4	3,4	2,0
2007 г.	5,9	3,9	2,0

При этом, общие расходы на здравоохранение в период 1995 – 2007 гг. в доле ВВП в странах Западной Европы составляют от 5,8% (Люксембург – 5,8 – 6,4 от ВВП) до 10,7% (Швейцария – 10,0 – 10,6% от ВВП и Германия – 10,6 – 10,7% от ВВП), а в США – около 14% (расходы составляют 13,0 – 14,0 % от ВВП). При этом, абсолютная величина ВВП в России почти в 20 раз меньше, чем в странах ЕС и США [2].

Из расчета на душу населения расходы здравоохранения в России составляют около 120 $, что в 40 раз ниже, чем в США, в 20 – 30 раз ниже, чем в Западной Европе, почти в 10 раз ниже, чем в Чехии, в три раза ниже, чем в государствах Балтии (Эстония, Латвия, Литва).

В период 2000 – 2007 гг. фактическое финансирование здравоохранения Российской Федерации из всех источников возросло в 3,1 раза.

Основным источником финансирования (61,9%) являются средства государственного управления, в том числе средства федерального бюджета – 14,0%, региональных – 13,0%, муниципальных – 13,2% и средства государственных внебюджетных фондов (ОМС, ФСС, ПФ) – 21,7%.

Основным источником финансирования здравоохранения в России остаются консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации. Их доля в динамике постоянно снижается. В 2002 г. показатель составил 51,2% всех государственных средств, в 2007 г. – 44,9%.

При этом, взносы на ОМС неработающих граждан составили 89,9 млрд. руб., собственно расходы консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации составили 288 млрд. руб. Отмечен рост доли федерального бюджета в финансировании системы здравоохранения с 9,5% – в 2003 г. до 24,6% – в 2007 г.

Несмотря на позитивный рост консолидированных объемов финансирования здравоохранения РФ, их доля в ВВП сократилась с 6,0% в 2002 г. до 5,9% – в 2007 г., в том числе 1,8% ВВП – за счет средств домашних хозяйств. Объем расходования личных средств граждан за этот период также возрос практически в 3 раза и составил 388,1 млрд. рублей или 34,4% в общем объеме финансирования здравоохранения.

Программа государственных гарантий финансировалась в 2007 году за счет бюджетов всех уровней (61,2%) и средств системы ОМС (38,8%). Расчетная стоимость Программы государственных гарантий в 2007 г. с учётом расходов федерального бюджета составила 752,8 млрд. руб.

С учётом планируемых поправок в проект Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на

2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» прогнозируемый объем средств, направленный на финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2009 году, составит 96,0 млрд. руб. В целом, бюджет Фонда обязательного медицинского страхования на 2009 – 2011 годы сбалансирован по доходам и расходам и составляет соответственно на 2009 год – 119,3 млрд. руб. (2010 год – 137,9 млрд. руб., 2011 год – 157,9 млрд. руб.). Поступления единого социального налога в 2009 – 2011 гг. составят соответственно 109,4 млрд. руб., 127,6 млрд. руб., 147,0 млрд. руб., или 91,7% , 92,5%, 93% в общей сумме доходов Фонда на 2009 – 2011 гг. [3].

Анализ совокупных расходов на здравоохранение из государственных и личных средств населения по Российской Федерации и Дальневосточному Федеральному округу (ДФО) в 2007 году показал, что государственное финансирование здравоохранения РФ составляет 687121,2 млн. руб. (ДФО – 44570,0 млн. руб.), при этом, консолидированные бюджеты субъектов РФ составляют 301118,0 млн. руб. (ДФО – 2783,2 млн. руб.). Расходы личных средств населения по Российской Федерации составляют 401833,1 млн. руб. (по ДФО – 18397,4 млн. руб.).

В подушевом исчислении все годовое финансирование здравоохранения в 2005 г. возможно представить следующим образом: на 1 жителя страны государственные органы управления выделяют 3,2 тыс. рублей; государственные фонды – 1,4 тыс. рублей; прочие структуры, организации и учреждения – 280 рублей, и сами граждане доплачивают 2,5 тыс. рублей в среднем с человека в год.

В 2007 г. фактическое финансирование здравоохранения Российской Федерации из всех источников возросло на 26,8% и составило 1429,0 млрд. рублей (5,9% от ВВП). Структура и удельный вес источников финансирования принципиально не изменились. Объем расходования личных средств граждан возрос на 24,0% и составил 33,7% в общем объеме финансирования здравоохранения [3].

В 2007 г. в годовом финансировании здравоохранения на 1 жителя страны государственные органы управления выделяли 4,3 тыс. руб., государственные фонды – 2,0 тыс. руб., прочие структуры, организации и учреждения – 315 руб., и сами граждане доплачивали 3,4 тыс. руб. в среднем на человека в год.

В соответствии с Постановлением правительства Хабаровского края от 25 июля 2005 г. № 86-пр «О ходе выполнения постановления губернатора Хабаровского края от 09.01.2002 г. № 6 «Об основных направлениях развития здравоохранения Хабаровского края на 2002 – 2005 гг.» и мерах по дальнейшему развитию здравоохранения края на 2006 – 2010 гг.», в структуре расходов консолидированного бюджета края за последние годы отмечается существенный рост расходов на здравоохранение – с 9,6% в 2001 г. до 13,4% в 2004 г. Анализ расходов на здравоохранение показывает, что в их структуре удельный вес консолидированного бюджета составляет по годам в пределах 58%, средств фонда обязательного медицинского страхования – 42% [1].

В структуре расходов по статьям экономической классификации бюджетов Российской Федерации заработная плата с начислениями колеблется от 48 до 58%, медикаменты – в пределах 12 – 13%, расходы на приобретение оборудования – в пределах 10%. Удельный вес расходов на капитальное строительство существенно вырос с 3 до 9%.

Таким образом, в структуре расходов консолидированного бюджета ДФО за последние годы отмечается существенный рост расходов на здравоохранение, удельный вес которых в 2004 г. составил 23,2%. В структуре расходов на здравоохранение преобладают средства консолидированного бюджета. Расходы на здравоохранение в период с 2001 по 2007 г. по всем источникам увеличились в среднем в 3,1 раза. За этот же период времени фактические подушевые показатели финансирования системы здравоохранения ДФО по программе государственных гарантий выросли в 3,0 раза. В то же время, обращают на себя внимание существенные структурные диспропорции в расходовании средств здравоохранения. Около 64% всех расходов на здравоохранение приходится на стационарную помощь [1].

Таким образом, среди основных проблем финансирования здравоохранения можно выделить следующие:

1. Недофинансирование отрасли на протяжении нескольких десятилетий в пределах 2,7 – 6,0% ВВП. В связи с этим – низкая материально-техническая база подавляющего большинства учреждений, низкая зарплата медицинских работников, недофинансирование по медикаментам, питанию, капитальному ремонту, оборудованию и т. д.
2. Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи финансово не покрывает потребности как отрасли, так и населения.
3. Мероприятия по повышению собираемости взносов в систему обязательного медицинского страхования на неработающее население в субъектах Российской Федерации не приводят к существенному увеличению собираемых средств.
4. Имеет место практика сбора 0,8% средств из региональных фондов обязательного медицинского страхования всех регионов в федеральный фонд с целью частичного покрытия дефицита недотационных регионов, вместо прямого дофинансирования из федерального бюджета как недотационных, так и дотационных субъектов.
5. Отсутствие консолидации бюджетов всех уровней, финансирование медицинских учреждений из различных источников, отсутствие единых критериев финансирования медицинских учреждений не позволяют эффективно управлять финансовыми потоками в условиях недостаточного финансирования.
6. Существующая система централизованного снабжения лечебно-профилактических учреждений медикаментами и изделиями медицинского назначения сопровождается постоянным дефицитом и перебоями в их поставках.

Основными направлениями оптимизации финансирования системы здравоохранения следует считать:

- совершенствование распределения полномочий, ответственности и финансирования в области здравоохранения;
- допуск всех поставщиков медицинских услуг и товаров, разных форм собственности, в т. ч. ведомственного и корпоративного здравоохранения, соответствующих установленным государством единым требованиям к предоставлению услуг, в т. ч. к выполнению программы государственных гарантий, на равной, конкурсной основе;
- формирование тарифов для предоставления помощи на основе медико-экономических стандартов с учетом уровня учреждения здравоохранения и региональных особенностей;
- принятие, на основе национальных проектов, экономически целесообразного единообразного механизма финансирования программ государственных гарантий медицинской помощи;
- финансирование корпоративных программ здравоохранения за счет средств частного бизнеса;
- разработку и внедрение системы мотивации субъектов рынка медицинских услуг и товаров, фармацевтической продукции, на решение приоритетных задач в здравоохранении;
- сокращение различий в потреблении медицинской помощи между социальными группами;
- осуществление мер, направленных на легализацию теневых платежей в здравоохранении;
- контроль за ценообразованием, в т. ч. при закупках по импорту;
- сохранение разных форм собственности поставщиков услуг и товаров здравоохранения при обеспечении права добровольного выбора гражданина, отказ от соинвестирования учреждений частных форм собственности, соблюдение запрета на приватизацию учреждений здравоохранения.

Литература и источники:

1. Постановление Правительства Хабаровского края от 25.07.2005 г. № 86-пр «О ходе выполнения Постановления губернатора Хабаровского края от 09.01.2002 г. № 6 «Об основных направлениях развития здравоохранения Хабаровского края на 2002 – 2005 годы» и мерах по дальнейшему развитию здравоохранения края на 2006 – 2010 годы» .

2. Экономика здравоохранением ; под общ. ред. А. В. Решетникова. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР – МЕД, 2004. – 272 с.

3. Рейхарт, Д. В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития / Д. В. Рейхард // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 10. – С. 21 – 29.