

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

Крысин А. Е., Крысина И. А.

*Студенты 5 курса специальности «Финансы и кредит»
ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»*

Крутова И. Н.

*К.э.н., старший преподаватель кафедры финансов и кредита
ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева»*

В статье раскрыты проблемы и перспективы финансирования здравоохранения в РФ. Представлена характеристика современной системы расходов денежных средств на здравоохранение. А также выявлены положительные и отрицательные стороны рассмотренных каналов финансирования

**ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
БЮДЖЕТНО-СТРАХОВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ, ОДНОКАНАЛЬНОЕ
ФИНАНСИРОВАНИЕ, ДЕНЕЖНЫЕ ПОТОК**

В Российской Федерации на здравоохранение тратится вполне достаточно, если учесть не только общественные, но и личные расходы. Более того, россияне потенциально имеют возможность тратить больше из своего кармана, но существующая система не дает такой возможности.

Государство в развитых странах свою задачу видят в оптимизации не только общественных, но и личных расходов на здравоохранение, с тем, чтобы помочь людям избежать финансового краха при наступлении болезней, многие из которых трудно предвидеть, они требуют дорогостоящего лечения и соответственно крупных одномоментных выплат. В России же складывается парадоксальная ситуация, когда государство заботит только контроль над общественной частью расходов на здравоохранение, прежде всего бюджетной, и очевидно не волнует, сколько граждан будет тратить на получение медицинской помощи из своих личных средств. Более того, политика направлена на расширение прямого участия населения в финансировании здравоохранения. Это объясняет тот факт, что по расчетам ВОЗ, по справедливости финансовых взно-

сов населения в систему здравоохранения Россия оказалась на 185 месте из 191¹. Простое введение платы за услуги населению без повышения заработной платы вряд ли даст существенные результаты, особенно в современных условиях массового обнищания населения. Более того, идея о том, что платное всегда лучше бесплатного широко пропагандируется в обществе, дезориентируя и тех, кто может платить.

Российское государство не может себе позволить выделять больше средств на здравоохранение, поэтому нужно ограничивать его завышенные (по отношению к возможностям) финансовые обязательства по предоставлению бесплатной медицинской помощи гражданам.

Возникает вопрос о возможности обеспечить достаточное финансирование системы здравоохранения из государственного бюджета. В 90-е гг. в России фактическая доля расходов на здравоохранение снижалась, даже если они и росли в абсолютном выражении, а это вопрос приоритетов и критериев распределения бюджетных средств, причем явно не в пользу здравоохранения, а не возможностей бюджета как таковых. Так, с 1997 г. по 2002г. доля здравоохранения и физической культуры в составе расходов консолидированного бюджета на социально-культурные мероприятия сократилась с 28,5 процента в 1998 г. до 18,7 процента в 2002 г. Хотя в 2003 г. она несколько повысилась, фактически трудно говорить о переломе тенденции. Государство сменило так называемый остаточный принцип на принцип минимизации социальных расходов².

В российском бюджете есть резервы для увеличения расходов на здравоохранение, однако в этом вопросе проявляется вторая проблема. Практически рассматриваются только вопросы развития ОМС, хотя его доля в финансировании российского здравоохранения не является определяющей. Однако, проблемы, связанные с улучшением использования собственно бюджетных средств не обсуждаются. В частности, одно из основных направлений реформы здравоохранения в мире повышение роли первичной медицинской помощи как более дешевой, чем стационарная.

Вся система российского здравоохранения базируется, как известно, на финансировании из трех источников. Это средства федерального и регионального бюджетов и ФОМС, которые можно объединить в два канала – бюджетный и страховой. В большинстве регионов эти два канала сосуществуют, формируя бюджетно-страховое финансирование здравоохранения, в отдельных субъектах имеет место только бюджетное финансирование.

Система двухканального финансирования за счет средств ОМС и регионального и местных бюджетов имеет следующие особенности:

1. В условиях острейшего недофинансирования отрасли необходимо искать внутрисистемные источники экономии, что предполагает стратегическое и текущее планирование финансовых ресурсов. Раздельное финансирование ограничивает возможности такого планирования. Общая нехватка средств в этих условиях усугубляется еще и непредсказуемостью их поступлений из двух разъединенных, а иногда и конфликтующих между собой источников.

2. Разделение финансовых потоков затрудняет формирование системы экономической мотивации для каждого ЛПУ. Складывается ситуация «двух экономик» в рамках одного учреждения: территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации (СМО) развивают договорные отношения с ЛПУ и финансируют последние по результатам их деятельности, в то время как прямое финансирование из бюджетов, как правило, предоставляется на основе неэкономических критериев. Такое положение может обесценить усилия отдельных ЛПУ по повышению качества медицинской помощи и эффективности расходования средств.

3. Неоптимальной является ситуация, при которой из бюджетных средств покрываются эксплуатационные и капитальные расходы ЛПУ, а территориальные фонды ОМС и СМО берут на себя другие статьи расходов. В результате искусственно сдерживается выведение из системы здравоохранения лишних мощностей. Снижается мотивация к эффективному использованию материальных и энергетических ресурсов, поскольку соответствующие затраты не включаются в структуру тарифа на медицинские услуги в системе ОМС. Утрачива-

ется регулирующая роль цены, ответственность за эти затраты перекладывается с ЛПУ на региональные и местные бюджеты, финансирующие соответствующие статьи затрат.

4. Неформальное перераспределение расходных обязательств между бюджетами и системой ОМС приводит к размыванию ответственности каждого из источников финансирования за финансовое обеспечение конкретных видов и объемов медицинской помощи.

Сложно не согласиться с мнением, что в область здравоохранения должны приходиться частные инвестиции, при этом государственные средства должны разумно использоваться, четко определяя каналы их расходования. Экономические условия в здравоохранении в последнее время оказались благоприятными именно для «недобросовестных медиков». Сегодня лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), получая деньги и из бюджета, и из фондов обязательной медицинской помощи, практически не несут никакой ответственности за качество предоставляемых пациентам медицинских услуг. Как альтернатива, предлагается одноканальная система финансирования, которая подразумевает выбор из имеющихся сейчас каналов либо бюджетного, либо страхового финансирования.

Совет Федерации одобрил поправки в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год. Необходимость вносить изменения возникла из-за того, что на счетах ФФОМС образовался излишек средств, которые просто не успели потратить на пилотный проект по переводу системы здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование.

За 2005-2007 гг. доля средств ОМС в финансировании сократилась с 38,8% до 36,6%, а федерального бюджета – возросла с 16% до 18,1%. Причина – финансирование ПНП «Здоровье». Речь идет не об увеличении взносов на медицинское страхование, а о направлении бюджетных средств через фонды медицинского страхования.

С июля 2007 г. в 19 регионах проходит эксперимент по переходу на финансирование только через ОМС, лидеры – Калининградская область, где ОМС обеспечивает 88% финансирования здравоохранения, и Татарстан (81%). Проблемы перехода – неуправляемый рост коммунальных расходов, включаемых в тариф, сложность перераспределения федеральных и региональных средств; плюсы – переход на единые стандарты оказания медпомощи, рост оплаты труда медработников³.

19 регионов, участвующих в финансовом эксперименте, не смогли за первые шесть месяцев 2008 года полностью выполнить условия, которые ставит федеральный фонд, обещая выделить дополнительные средства. Неизрасходованными остались 400 млн. руб., которые сенаторы и решили направить на продление пилотных проектов до конца года.

Сенаторы при принятии решения учитывали социальную важность эксперимента, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения и ориентированного на конечный результат.

Положительные стороны одноканального финансирования позволят реализовывать публичные обязательства государства в отношении здравоохранения по единому на всей территории страны стандарту.

По итогам реализации пилотного проекта в сфере здравоохранения будут разработаны типовые решения по модернизации всего отечественного здравоохранения, что особо ценно в свете грядущего увеличения финансирования системы ОМС. После того как с января 2010 года единый социальный налог будет заменен страховыми выплатами, доходы ФФОМС должны возрасти более чем в 1,5 раза. А расходы на медицину в целом – в два раза.

Это позволит возмещать медицинским учреждениям стоимость страховых услуг по так называемому полному тарифу, то есть покрывать все расходы по рыночным ценам. Такая система даст возможность привлечь в сферу массового здравоохранения коммерческие клиники и сформировать конкурентную среду.

При бюджетном финансировании российское здравоохранение по сути обратится к советскому опыту, признанным Генеральной ассамблеей ВОЗ в конце 70-х годов прошлого века лучшим в мире по экономичности и организации. Однако прямое бюджетное финансирование, к сожалению, сегодня страдает теми же недостатками, что и в советское время, – не стимулируется улучшение качества медицинских услуг, персонал ЛПУ не заинтересован в повышении эффективности своей работы. С этой точки зрения страховая медицина, по крайней мере теоретически, правильнее, поскольку опирается на реальную стоимость медицинской услуги. Переход к страховой медицине был вызван бюджетным дефицитом, и с 1993 года вступил в силу закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации».

Недостатками данной системы являются следующие моменты. На практике часть средств пошла через бюджет и часть – через ФОМС, во-первых, оказалась размыта ответственность, во-вторых, прямое бюджетное финансирование стало сокращаться. В итоге общее количество денег в отрасли осталось прежним, не позволяющим ни оснастить ЛПУ современным оборудованием, ни обеспечить оплату медицинских услуг населению в полном объеме. И главное, за 15 лет так и не удалось увеличить финансирование здравоохранения с 3,2% ВВП до минимальных стандартов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – 5,5 - 6% от ВВП в расчете на душу населения⁴.

Переход на один канал финансирования потребует реформы, обязательное медицинское страхование нужно объединить с добровольным, составив перечень услуг, оплачиваемых государством. Также необходимо перейти от налоговых сборов к страховым, что даст гражданам возможность платить за медицинские услуги совместно с государством.

Переход к одноканальной системе будет поэтапным, к 2011 г. через ОМС планируется направлять 70% всех средств.

При одноканальном страховом финансировании все денежные потоки сосредоточиваются в ФОМС, который в свою очередь через территориальные страховые медицинские организации, контролирующие количество и качество

оказанных услуг, направляет деньги непосредственно в ЛПУ, минуя уровень муниципальных бюджетов. Причем объем средств из бюджета для каждого региона рассчитывается на подушевой основе – по числу жителей, а ФОМС распоряжается ими уже по страховому принципу, то есть отдает деньги в то лечебное учреждение, в которое пришел пациент. Это базовый принцип страховой медицины – деньги следуют за больным. В этом случае у больницы или поликлиники появляется желание привлечь больше клиентов. Они начинают повышать качество услуг, закупать оборудование, оказывать дополнительные услуги, чтобы получить внебюджетные деньги, и т. д. Но проблема заключается в том, что, взяв новую форму, содержание оставили старым. Минздравсоцразвития поддержал лишь общую идею об одноканальном финансировании, а конкретное воплощение определяют сами субъекты Федерации.

ПРИМЕЧАНИЯ

¹Чубарова, Т.В. *Здравоохранение: финансирование отрасли* // Информационно-аналитический портал. 2007. Режим доступа: <http://www.socpolitika.ru/rus/conferences/3985/3989/3991/document4458.shtml>

²Стародубов, В. И. *О дифференцированных принципах управления здравоохранением на основе комплексного подхода к ресурсному обеспечению*/ В. И. Стародубов, В. А. Рогожников, Г.Г. Орлова // *Здравоохранение*. 2002. № 5. С. 19-24.

³Ясин, Е. Г. *Один канал* / Е. Г. Ясин. // *Ведомости*. 2008. Режим доступа: <http://www.hse.ru/lingua/en/news/1163619/3046800.html>

⁴Улумбекова, Г. *Финансирование здравоохранения в России должно быть увеличено до 6% от ВВП* / Г. Улумбекова, А. Ломакин // *Медицинская газета*. 2005. Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0191/gazeta021.php>