

**Ж. С. Кулижская,
А. В. Леванчук**

ПРОБЛЕМЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДОСТАТОЧНОГО УРОВНЯ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ

Рассматриваются проблемы в финансовой обеспеченности сферы здравоохранения и пути решения данной проблемы в современных условиях. Предлагается проанализировать действие закона убывающей отдачи применительно к системе здравоохранения в России и варианты рационального расходования выделяемых средств.

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование здравоохранения, расходы, закон убывающей отдачи.

**Zh. S. Kulizhskaya,
A. V. Levanchuk**

PROBLEM DEFINITIONS ADEQUATE FINANCING HEALTH IN THE RUSSIAN FEDERATION

This article describes the problems in the financial sphere of health security and ways to solve this problem in the modern world. It is proposed to analyze the operation of the law of diminishing returns with respect to the health care system in Russia and management options for the allocation of resources.

Keywords: health, health financing, costs, law of diminishing returns.

Основной целью деятельности организаций здравоохранения является организация и обеспечение населения медицинскими услугами. Также среди целей можно выделить то, что здравоохранение старается сохранить и повысить уровень здоровья населения.

Для функционирования любой отрасли хозяйства необходимы денежные средства. Система здравоохранения не является исключением в данном вопросе. Достаточно часто можно встретить высказывания, что выделяется небольшое количество средств для функционирования данной сферы в должном количественном и качественном аспектах.

При этом РФ не отличается превосходными социальными показателями населения. Среди таких социальных показателей можно выделить: уровень смертности, уровень естественного прироста населения, уровень смертности в младенческом возрасте и т. д. РФ не идет в сравнение с некоторыми индустриально развитыми странами.

Достаточно много экспертов высказывают свое мнение о современном состоянии системы здравоохранения РФ. Также они имеют ряд решений проблем функционирования данной системы. По их мнению, данные инструменты позволят поднять здравоохранение РФ на новый более высокий уровень.

В системе здравоохранения РФ в настоящее время действуют две экономические формы оказания медицинской помощи гражданам. Первая является бесплатной и осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, обязательного медицинского страхования и других поступлений. Вторая является платной и осуществляется за счет собственных средств граждан и предприятий.

Начиная с 1998 г. с целью обеспечения конституционных прав российских граждан в получении бесплатной медицинской помощи, ежегодно принимается Программа государственных гарантий при оказании гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. Такие меры необходимы из-за того, что в современном обществе в условиях разнообразных социальных и имущественных условий жизни общества наблюдается рост социальных болезней, таких как: алкоголизм; наркомания; ВИЧ-инфекция; туберкулез; заболевания, передающиеся половым путем и др.

Кроме этого, в нашей стране принимаются и меры для развития частной системы здравоохранения, в которой медицинская помощь оказывается населению на платной основе.

В связи с этим постоянно встает важный вопрос в здравоохранении - оптимальное соотношение платной и бесплатной медицинской помощи. Это соотношение имеет важное политическое значение и характеризует уровень социально-экономического развития общества. Анализируя состояния системы здравоохранения некоторых развитых стран, можно утверждать, что объем бесплатной медицинской помощи населению для государств с социально ориентированной экономикой должен составлять не менее 90–95 %, и следовательно платные услуги для населения не должны превышать 5–10 % всего объема оказываемой ему медицинской помощи. При этом платные медицинские услуги населению не должны полностью заменять бесплатные, а должны выполняться сверх программы государственных гарантий.

Основные источники финансирования организаций сферы здравоохранения для оказания на бесплатной и платной основе медицинской помощи населению, представлены на рис. 1. Необходимо заметить, что данные источники имеют различное происхождение, а также разнятся по направлениям и способам расходования финансовых средств.

В современном мире финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет бюджетных средств, средств работодателей, средств населения. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых

обществом на здравоохранение, предопределяет модель финансирования отрасли [1, с. 102; 2].

В настоящее время существует три модели финансирования системы здравоохранения:

– здравоохранение финансируется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств – так называемая бюджетно-страховая модель

(имеет наибольшее распространение);

– за счет бюджетных средств – бюджетная модель;

– за счет продажи населению медицинских услуг и за счет средств фондов добровольного медицинского страхования – страховая (предпринимательская) модель.

Прежде всего, необходимо отметить тот факт, что большинство организаций в здравоохранении представлены бюджетными учреждениями, т.е. государственными (муниципальными) учреждениями. И необходимо понимать, что финансовая обеспеченность данных учреждений осуществляется в настоящее время за счет средств соответствующих бюджетов. И главной особенностью большинства бюджетных организаций в сфере здравоохранения является то, что они получают финансирование одновременно и из бюджета соответствующего собственника (Российской Федерации, субъекта РФ, муниципального образования), и за счет средств, поступающих из бюджетов государственных внебюджетных фондов (Пенсионного фонда РФ, Фонда социального страхования РФ, Федерального и территориального фондов ОМС).

Неоспоримым фактом является и то, что система обязательного медицинского страхования способствует привлечению в систему здравоохранения дополнительных средств, повышению качества медицинской помощи, повышению эффективности расходов в учреждениях здравоохранения, и обеспечивает защиту прав потребителя путем обеспечения в лице страховых медицинских организаций независимости их как посредников.

Также совместно с ассигнованиями, которые выделяются из бюджетов всех уровней и государственных внебюджетных фондов, медицинские бюджетные учреждения здравоохранения могут иметь дополнительные источники доходов, так называемые внебюджетные средства. Таковыми являются денежные средства предприятий, организаций, учреждений, граждан за выполнение различных видов медицинских услуг. Активное привлечение этих источников главным образом инициируется руководителем организации здравоохранения.

Платные услуги населению могут оказывать и государственные и муниципальные медицинские учреждения. Но на осуществление данной деятельности необходимо наличие лицензии. При этом медицинские учреждения обязаны предоставлять населению платные медицинские услуги (сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) в соответствии с определенными требованиями федеральных или региональных медико-экономических стандартов.

Можно сделать вывод, что система финансирования здравоохранения в России уже устоялась и требует только внешнего контроля со стороны проверяющих органов и пациентов, как пользователей медицинских услуг. Но на всех уровнях власти постоянно идет разговор о недостаточном объеме средств, выделяемых данной отрасли. Проведенный анализ ВОЗ показал, что Россия существенно отстает от индустриально развитых стран мира по объему финансирования¹. Но, к сожалению, наша страна отстает и по таким немаловажным показателям как: 1) уровень здоровья населения; 2) справедливость при распределении выделяемых средств (защита наиболее нуждающейся части населения). 3) рациональность оказания медицинских услуг, способность системы реагировать на потребности населения. Эта способность заключается в обеспечении достижения адекватных сроков ожидания плановой помощи, соблюдении современных стандартов при оказании медицинской помощи и т. д.;

¹ Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2014 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. – 22.09.2014. URL: <http://gtmarket.ru/news/2014/09/22/6887>.

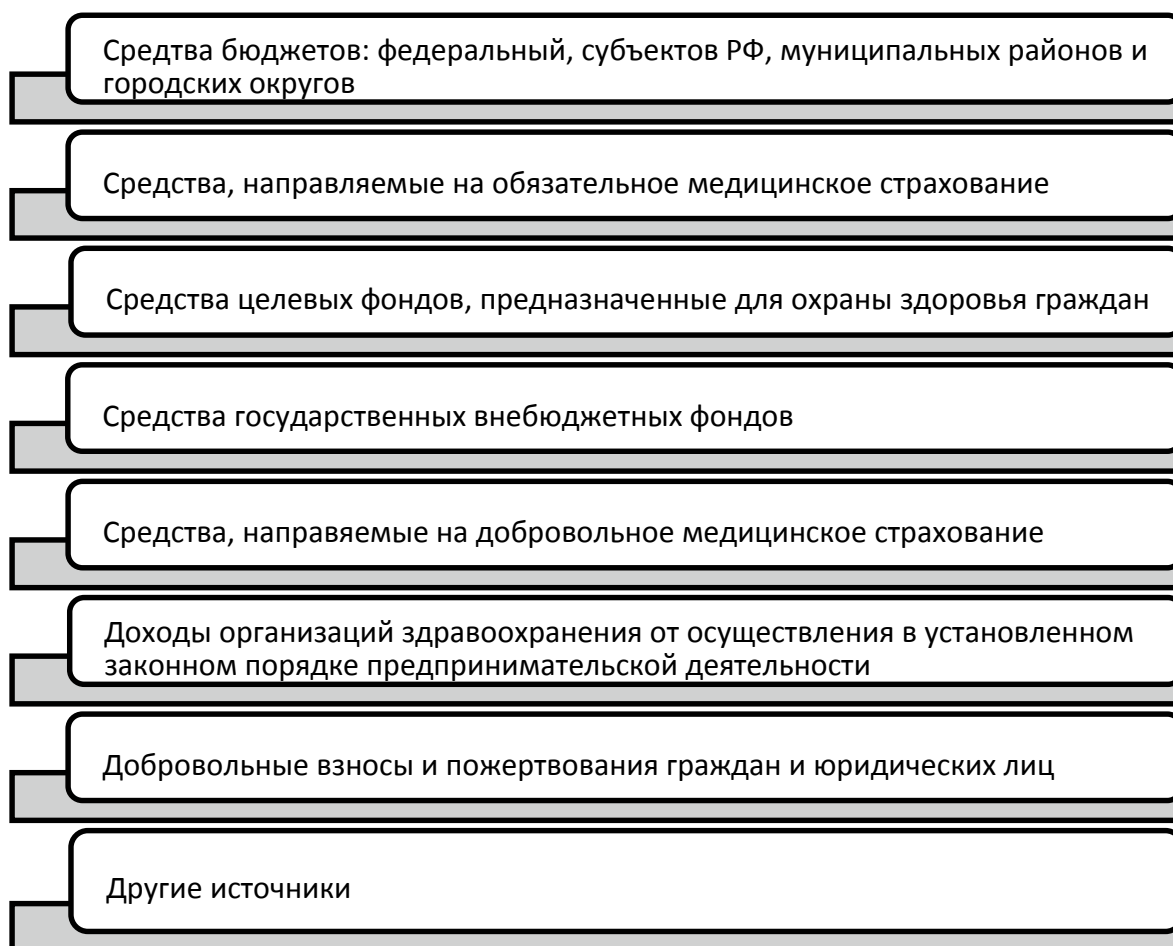


Рис. 1. Источники финансирования здравоохранения в РФ

Каждый год наблюдается увеличение в той или иной мере расходов на здравоохранение. Несмотря на это, демографическая ситуация в России не улучшается значительными темпами. Согласно международному анализу можно доказать, что главными причинами этого служат проявление закона убывающей отдачи в здравоохранении. Также необходимо говорить и о нерациональном использовании средств относительно медицинских услуг и основных демографических проблем и смертности населения.

За последние годы в России были предприняты некоторые меры, позволяющие улучшить демографическую ситуацию. Это опосредованно привело к повышению финансирования системы здравоохранения. Тем не менее, кризис смертности и заболеваемости населения России не был преодолен. Последствия от данного кризиса очень неблагоприятны. Для уменьшения данных последствий по-прежнему требуются особые, энергичные усилия со стороны государства и общества. Росстат имеет

некоторые прогнозы в данном вопросе². На их взгляд, если будет сохраняться такое же положение в системе охраны здоровья населения страны, как и сейчас, в том числе и в здравоохранении, то, при оптимистичном демографическом прогнозе до 2020 г., ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин в среднем будет 61,6 года, у женщин – 70,3 года, показатель рождаемости и смертности будет соответственно – 11,3 и 12,8, а естественный прирост составит 1,5 на 1 000 человек населения. При более худшем прогнозе данные показатели будут соответственно еще хуже.

Для формирования прогноза размера ВВП и расходов на здравоохранение мы воспользуемся фактическими данными Росстата за 2005–2010 гг. и прогнозными данными.

Согласно данным таблицы, мы можем увидеть, что ожидаемая продолжительность жизни населения России за 15 лет при самом оптимистическом прогнозе увеличится на 7,8 года, темп прироста составит 112 %. И этот прогноз сделан при условии, что и ВВП за этот период будет расти. Хотя сейчас можно уже корректировать все эти цифры в связи с ухудшением экономической ситуации в стране (санкции, рост валюты, падение цен на нефть). Представим полученные данные на рис. 2.

Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении и основные финансовые показатели экономики и здравоохранения до 2020 г.

Год	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ), оба пола				Финансовые показатели	
	ОПЖ, лет	Абсолютный цепной прирост	Абсолютный базисный прирост	Темп прироста цепной	ВВП, трлн р.	Расходы на здравоохранение, трлн р.
2005	65,3				21,609	0,797
2006	66,6	1,3	1,3	102	26,917	0,962
2007	67,51	0,91	2,21	101,4	33,247	1,381
2008	67,88	0,37	2,58	100,5	41,277	1,546
2009	68,67	0,79	3,37	101,2	38,786	1,653
2010	68,98	0,31	3,68	100,5	44,939	1,709
2011	70,3	1,32	5	101,9	54,369	2,990
2012	70,5	0,2	5,2	100,3	57,849	3,181
2013	70,8	0,3	5,5	100,4	61,551	3,385
2014	71,2	0,4	5,9	100,6	65,491	3,602
2015	71,5	0,3	6,2	100,4	69,682	3,832
2016	71,9	0,4	6,6	100,5	74,072	4,592

² Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года : указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351) <http://base.garant.ru/191961>.

2017	72,2	0,3	6,9	100,4	78,738	4,882
2018	72,5	0,3	7,2	100,4	83,699	5,189
2019	72,8	0,3	7,5	100,4	88,972	5,516
2020	73,1	0,3	7,8	100,4	94,577	5,864

Тем не менее, уже сейчас можно сделать вывод о том, что финансирование здравоохранения имеет тенденцию к увеличению, а результат от таких вложений имеет тенденцию к снижению. В данной ситуации имеет место быть закон убывания предельной отдачи. Впервые данный закон был выведен в конце XVIII в. Ж. Тюрго на примере сельского хозяйства (классическим примером является «закон убывающего плодородия почвы»: невозможно при любом увеличении труда и капитала вырастить весь мировой запас продовольствия на участке в один гектар).

Закон убывающей отдачи (law of diminishing returns) свидетельствует о том, что если при расширении или увеличении использования какого-либо одного фактора производства сохраняются затраты на все остальные факторы (фиксированные расходы), то физический объем предельного продукта, станет с определенного этапа убывать. Данный закон может применяться в краткосрочном периоде.

По данным экспертов Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения никакие средства, введенные на финансирование здравоохранения, начиная с 2011 г., не оказали положительного влияния на увеличение прироста показателя рождаемости, младенческой смертности, смертности населения России в целом. Здравоохранение реагирует положительно на дополнительные вливания денежных средств лишь в первое время, т. е. вначале показатели рождаемости увеличиваются, а смертности снижаются. Но последующем периоде этот темп прироста падает, даже может и до нуля.

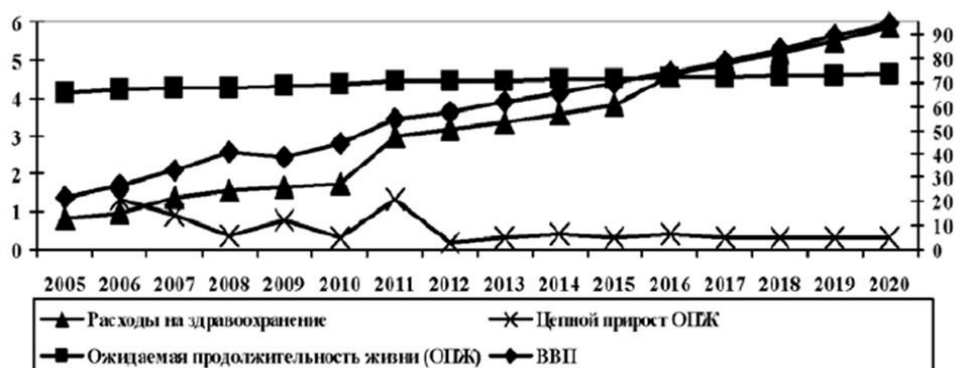


Рис. 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни и основных финансовых показателей

Как уже отмечалось, среди российских исследователей бытует мнение, что в России на систему здравоохранения выделяется крайне мало денег. В тоже время, мировые ученые не спешат с такими резкими и категоричными мнениями. Они высказывают свое мнение достаточно осторожно. ВОЗ и Комиссия по макроэкономике и здоровью разными методами стараются определить оптимальный уровень финансирования, который необходим для базового функционирования деятельности системы здравоохранения, который сможет в достаточном объеме обеспечить население необходимыми услугами.

По оценкам Росстата бюджет здравоохранения России почти в 10 раз больше необходимого минимума, учитывая численность населения РФ. В тоже время в первичном здравоохранении (где создаются базовые условия) до настоящего времени так и не обеспечен оптимальный уровень лечебнодиагностического процесса и действенная (не формальная) система предоставления медицинской помощи. Среди исследователей данного процесса давно существует мнение, что в России установился, к сожалению, перекос в финансировании в сторону так называемого «третичного здравоохранения» – средства направляются на лечение последствий, на последних стадиях заболевания, которое в большинстве случаев при всей его дороговизне – неэффективно. С этим утверждением сложно не согласиться.

Исходя из данных оценок, можно прийти к выводу о том, что в Российской Федерации нужно говорить не о дефиците здравоохранения, а о рациональном и эффективном использовании денежных ресурсов, поступающих на осуществление деятельности здравоохранения.

Мировая практика и проведенный выше анализ позволяют сделать некоторые выводы о современном положении в системе финансирования здравоохранения. Также на основе данного анализа можно выделить некоторые пути для решения проблемы финансирования здравоохранения. Необходимо развивать следующие приоритетные направления:

1. Необходимо модернизировать первичную медицинскую помощь. В тоже время необходимо развивать ее амбулаторно-поликлинический уровень. В этот сектор дополнительные вложения должны быть как минимум в 3 раза больше, чем затраты на высокотехнологичную помощь. Если будет наведен порядок в данной сфере, только тогда мы сможем переходить к решению других проблем финансирования здравоохранения в России. По прогнозам ученых, на решение данной проблемы необходимо выделить примерно 4–5 лет.
2. Существует необходимость упрощения механизмов финансирования. В данном направлении рассматривается вопрос о сокращении количества источников финансирования здравоохранения. Необходимо перейти на

одноканальное финансирование. Такое финансирование обязано оказывать свои медицинские услуги на основе полного тарифа.

3. Необходимо максимально использовать все возможные и действенные финансово-экономических методов управления, которые должны быть направлены на мотивацию повышения эффективности деятельности медицинских работников и персонала. Для решения данной проблемы необходимо выделить главную роль в совершенствовании механизмов оплаты медицинских услуг и различных способов оплаты труда медицинских работников. Это создаст стимулы к осуществлению структурных преобразований в сфере здравоохранения. Также это должно повысить качество услуг, усилить эффективность от профилактической работы и увеличить ее количество и др.

4. Необходимо проводить борьбу с неинфекционными заболеваниями. Это должно послужить основой улучшения демографической ситуации. В первую очередь необходимо проводить борьбу с сосудистыми катастрофами и снижать вклад травматизма в уровень смертности. В данной ситуации приоритетным направлением профилактики должно являться мужское население, а также действенные меры по снижению детской и материнской смертности.

5. Существует необходимость в устранении неравенства в объемах, качестве и доступности медицинских услуг между городским и сельским поселениями. В данной ситуации речь не идет о доплате медицинскому персоналу, которое работает в сельской местности. Необходимо найти решения «парамедицинских проблем». В ряд таких проблем входят: дорожная и транспортная инфраструктура; безбарьерная среда; предоставление жилья на время обследования и лечения; интеграция с социальными службами и многое другое.

Каждое направление должно взаимодействовать друг с другом. Они сопровождаются набором финансово-экономических, медико-организационных и управленческих механизмов и инструментов, которые могут дать возможность увидеть четкий план, сформировать системный подход к модернизации отечественного здравоохранения.

Думаем, можно согласиться с фактом, что наша система здравоохранения не имеет крупной недостачи в финансировании ее деятельности, как думает большинство населения нашей страны.

Исходя из проведенного анализа, можно прийти к выводу о том, что в Российской Федерации нужно говорить не о дефиците здравоохранения, а о рациональном и эффективном использовании денежных ресурсов, поступающих на осуществление деятельности здравоохранения.

Список использованной литературы

1. Кадыров Ф. Н. Современные методы управления и финансовый менеджмент учреждения здравоохранения. – М. : ГРАНТЬ, 2005.
2. Источники и объекты финансирования медицинской помощи в Российской Федерации // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2010. – № 8.

Информация об авторах

Кулижская Жанна Сергеевна – кандидат экономических наук, доцент кафедры финансов, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: zhkulizhskaya@gmail.com.

Леванчук Алина Владимировна – студентка, финансово-экономический факультет, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул.

Ленина, 11, e-mail: alina_levanchuk@mail.ru.

Authors

Kulizhskaya Zhanna Sergeevna – PhD in Economics, Associate Professor, Chair of Finance, Baikal National University, 11, Lenin str., Irkutsk, 664003, e-mail: zhkulizhskaya@gmail.com.

Levanchuk Alina Vladimirovna – student, Chair of Finance, Baikal National University, 11, Lenin str., Irkutsk, 664003, e-mail: alina_levanchuk@mail.ru.

УДК 658.14/17