

**Беседовский С.Г.,**  
заместитель министра здравоохранения Ростовской области по общим вопросам

**Жаркова Ю.С.,**  
кандидат экономических наук, доцент кафедры «Финансово-экономический инжиниринг» Ростовского государственного экономического университета (РИНХ)

**Цой Р.А.,**  
кандидат экономических наук, доцент кафедры «Финансово-экономический инжиниринг» Ростовского государственного экономического университета (РИНХ)

*Эл. почта: rcoj@mail.ru*

**Щемелев С.Н.,**  
доктор экономических наук, заведующий кафедрой «Финансово-экономический инжиниринг» Ростовского государственного экономического университета (РИНХ)

## **ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*В статье рассматриваются различные системы финансирования бюджетных учреждений здравоохранения. Выявлены проблемы и обоснована необходимость трансформации существующей модели финансирования бюджетных организаций в России.*

**Ключевые слова:** здравоохранение, бюджетные учреждения, бюджетные средства, способы финансирования.

**Besedovsky S.G., Zharkova Y.S.,  
Tsoy R.A., Shchemelev S.N.**

## **THE PROBLEM OF BUDGETARY HEALTH CARE INSTITUTIONS**

*Various systems of budgetary health care institutions are considered on this article. The problems are brought out and*

*the transformation of existing budgetary health care model financing model is justified*

**Key words:** Health care, budgetary institution, budgetary funds, financing.

В последнее время проблема поиска «идеальной» модели здравоохранения становится весьма актуальной во всем мире. «Идеальность» подразумевает получение наилучших результатов при наименьших затратах, и прежде всего финансовых ресурсов. Акцент делается на оптимизацию расходов, поиск эффективных методов управления, повышение качества медицинских услуг, увеличение роли профилактических мер и пропаганду здорового образа жизни.

Модернизация системы здравоохранения, запущенная в 2006 году в рамках национального проекта «Здоровье», подразумевает, прежде всего, повышение качества и доступности медицинских услуг для населения Российской Федерации, изменение системы организации медицинской помощи в условиях дефицита кадровых и финансовых ресурсов.

Прошедшие десять лет реформы показали, что результаты неутешительны. Низкие показатели эффективности системы здравоохранения нашей страны подтверждаются различными международными аналитиками на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка. В рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения Bloomberg, включающем три ключевых показателя: среднюю ожидаемую продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения, Россия занимает последнее место. В 2014 году средняя продолжительность жизни граждан страны составляет 70,5 лет,

стоимость медицинских услуг на душу населения – \$887, доля расходов на здравоохранение – 6,3% от ВВП [1].

Прежде всего, такое положение связано с тем, что расходы на здравоохранение невысоки даже по сравнению с переживающей масштабный финансовый кризис Грецией, где расходы на здравоохранение составляют 9,1% от ВВП, а среднедушевые затраты на медицинские услуги – \$2 044. С другой стороны, США тратят на здравоохранение значительно больше других стран и в пересчете на долю ВВП (17,2%), так и на душу населения – \$8 895, однако эксперты признают, что по сравнению с канадской, британской и французской американская система здравоохранения им значительно уступает [2]. Значит, дело не только в деньгах?

Международный опыт позволяет выделить три основные модели финансирования здравоохранения – бюджетную, частную и социально-страховую.

При бюджетном финансировании население страны получает медицинскую помощь бесплатно, оплата происходит за счет общих налоговых доходов государственного бюджета. Такая модель характерна для Великобритании, Ирландии, Норвегии, Канады, Дании, Португалии, Италии, Греции и Испании. Как правило, для такой модели характерны: недостаток финансирования, огромные очереди для получения лечения, неэффективное использование средств, ограничения на выбор медицинских заведений и врачей. Медицинские услуги строго нормируются, а бюджет здравоохранения является дефицитным.

Частное здравоохранение оплачивается либо через систему добровольного медицинского страхования, либо непосредственно самим пациентом по факту получения медицинской помощи. Рыночные условия реализации медицинских услуг обуславливают их высокое качество, разработку передовых ме-

дицинских технологий, отсутствие очереди на лечение. С другой стороны, это приводит к высокой стоимости медицинских услуг и их недоступности для значительных слоев населения. Ярким примером может служить США – «единственная из промышленно развитых стран, где медицинская помощь населению не находится под управлением государства» [3], где в основе частный рынок медицинских услуг, а малоимущие могут получить медицинское обслуживание в рамках государственных программ медицинского обслуживания бедных "Medicaid" и пенсионеров "Medicare".

Опорой социально-страховой модели является обязательное медицинское страхование ОМС, при котором страхуется все население страны. При этом работоспособная часть населения обеспечивается страховкой за счет работодателя, а нетрудоспособная за счет бюджета. Государство гарантирует получение гражданами медицинской помощи вне зависимости от уровня их доходов, однако ценообразование на медицинские услуги носит рыночный характер.

Анализ ситуации показывает, что во всех странах существуют проблемы систем здравоохранения, связанные с ростом издержек и неравномерности доступности медицинской помощи для разных слоев населения. В разных странах различается уровень централизации, регулирования и распределения финансовых ресурсов в сфере медицинских услуг. Однако четко прослеживаются общемировые тенденции развития здравоохранения [4]:

– Введение системы обязательного медицинского страхования ОМС, к сожалению, не дает равнозначно всеобщего доступа к услугам здравоохранения. На практике во многих странах медицинские услуги в рамках страховки весьма ограничены, гражданам для по-

лучения лечения приходится подолгу ждать очереди.

– Затраты на медицинские услуги растут во всех странах, приводя к дефициту бюджета и сокращению социальных льгот.

– В странах с наиболее эффективными системами здравоохранения, как правило, отказываются от централизованного контроля и переходят к рыночным механизмам регулирования – конкуренции, бюджетированию, рыночным ценам и свободному выбору для пациентов.

В настоящее время система российского здравоохранения финансируется из трех основных источников – бюджетных средств, включающих средства бюджетов всех уровней и фондов обязательного медицинского страхования ФОМС; средств добровольного медицинского страхования ДМС и средств самих пациентов (платные услуги).

Согласно данным рисунка 1 бюджетные средства в нашей стране были и остаются основным источником финансирования системы, однако в последние годы наблюдается тенденция сокращения их доли.

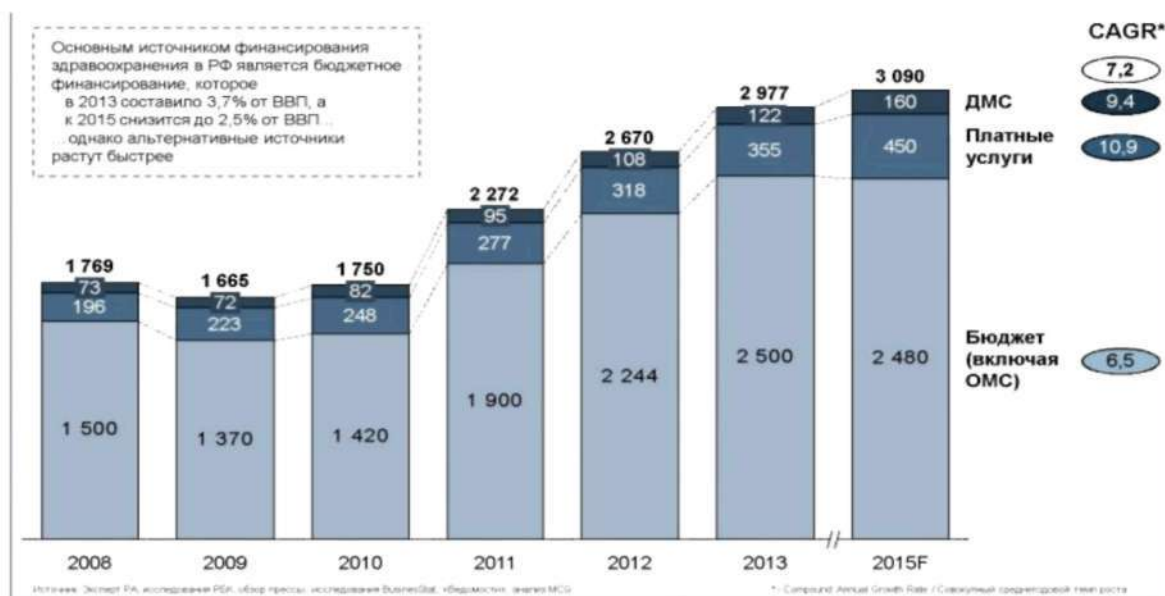


Рисунок 1 - Динамика рынка медицинских услуг в России по источникам финансирования (млрд. руб.)

Источник: ores.ru

В 2013 году бюджетные средства составляли 84% финансирования отрасли. В целом в стране, по сравнению с 2013 годом, ситуация с расходами на здравоохранение в 2014 году ухудшилась. В соответствии с Федеральным законом [5] «О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2014 году сократились по сравнению с предыдущим годом на 8,6% в номинальном и

на 13% с учетом инфляции. А в 2016 году они будут сокращены соответственно на 18,2% в номинальном и на 29% в реальном выражении.

Однако Минфин планирует компенсировать снижение расходов на здравоохранение из федерального бюджета ростом расходов бюджетов ФОМС, в том числе за счет увеличения трансфертов за неработающее население из региональных бюджетов (см. рис. 2).



Рисунок 2 - Расходы на здравоохранение по уровням бюджетной системы, в % ВВП  
 Источник: Минфин

Существующая модель финансирования федеральных клиник из федерального бюджета, средств ОМС и ДМС, а также предоставления платных медицинских услуг представляется слишком сложной и перегруженной. Финансирование из бюджета осуществляется по смете затрат без увязки с результатами их работы. Распределение средств по статьям сметы не имеет четко обоснованных правил и сформулированных принципов. Серьезный экономический анализ деятельности федеральных клиник не осуществляется. Затратный порядок финансирования без учета результирующих показателей, при наличии нескольких источников финансирования и общей недостаточности выделяемых средств создает ситуацию, в которой сама постановка вопроса об оценке эффективности использования бюджетных ассигнований становится весьма некорректной.

Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения на данный момент переживает переход на одноканальное финансирование, при ко-

тором основная часть финансовых средств, поступающих в учреждения здравоохранения, будет выделяться из фондов обязательного медицинского страхования. Предполагается, что одноканальная система позволит частично решить проблему обеспеченности источниками финансирования тех или иных статей расходов. Финансирование из одного источника позволяет повысить точность учета затрат отрасли по клинко-статистическим группам и тем самым повысить обоснованность управленческих решений, принимаемых органами исполнительной власти при определении приоритетов финансирования здравоохранения.

Однако в российских условиях ОМС породило массу проблем, в связи с непродуманностью системы, а именно:

- неравномерность развития ОМС по охвату населения и медицинских учреждений;
- нецелевое использование средств;
- значительные административные и организационные расходы;

- задержка фондами ОМС и страховыми компаниями оплаты медицинским учреждениям оказанных услуг;
- слабый контроль с их стороны за качеством медицинских услуг.

В нынешней системе ОМС отсутствует баланс интересов ее участников: государства, страхователей, страховщиков, медицинских организаций и застрахованных граждан. Отсутствие критериев эффективности работы системы ОМС, от которых бы зависел объем финансирования, мотивирует страховщиков в первую очередь на отчетность по расходованию денег и лоббирование роста финансирования без каких-либо гарантий роста эффективности этих расходов. [6]

Отсутствие целостности системы финансово-экономического стимулирования работы медицинских учреждений приводит к «...нарушению гармонии их

экономических интересов, потере клинической преемственности в работе, а также срывам в медико-организационном взаимодействии». [7]

Переход на одноканальную систему предполагает, что финансирование медицинских учреждений будет осуществляться на принципах подушевого финансирования и оплаты за объем оказанных услуг. Однако наблюдаемое территориальное неравенство в финансировании здравоохранения в расчете на одного жителя и существенно осложнит выполнение основных задач, которые ставит Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.: увеличение продолжительности жизни, доступ к бесплатной и качественной медицине и повышение оплаты труда медиков (см. рис. 3).

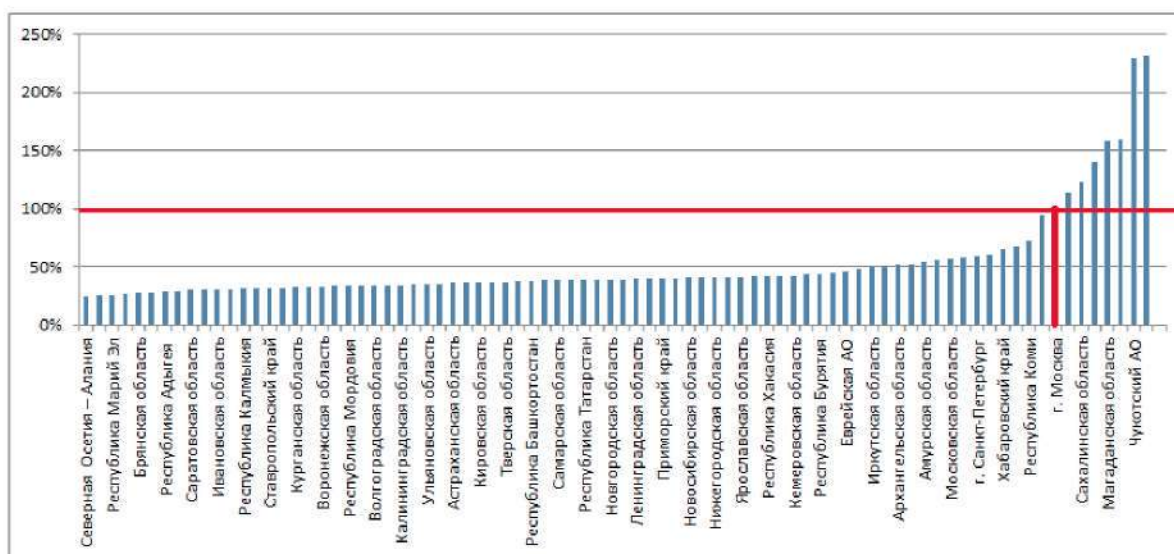


Рисунок 3 – Подушевое финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий (ТПГ), руб. на одного жителя

Источник: Статистический сборник ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ 2013, Федеральная служба государственной статистики, 2013

Как видно из рисунка 3, большинство регионов не могут обеспечить даже половины суммы, которая приходится на медицинское обслуживание жителя столицы, в том числе и Санкт-Петербурга. Страховая сумма по полису

ОМС в 2014 году покрывала только 42% расходов на лечение, такие данные приводит вице-президент Общества врачей России Олег Янушевич. Кроме того, с 2015 года на ОМС переводят высокотехнологичную медицинскую по-

мощь. В связи с этим медики прогнозируют резкое сокращение лечения сложных заболеваний с помощью передовых технологий – денег просто не хватит.

С момента создания системы ОМС прошло 24 года, однако в своем нынешнем своем виде она носит псевдостраховой характер, так как страховые компании по этому виду страхования не формируют резервов и не инвестируют активов. Тариф по ОМС рассчитывается без учета риска наступления страхового случая и прогнозов выплат, а определяется исключительно потребностями в финансировании лечебно-профилактических учреждений и постоянно растущими социальными обязательствами государства перед населением. [8]

Все это приводит к увеличению доли платных услуг. На российском рынке медицинских услуг различают два вида оплаты: формальную – в кассу по преискуранту и неформальную

(оплата «по тарифу» и так называемая «благодарность»).

Первая включает непосредственно сами платные услуги, а также обслуживание по полисам добровольного медицинского страхования, ДМС. Доля пациентов, официально оплативших свое лечение, постоянно растет, и она довольно высока, «поэтому можно говорить о том, что система здравоохранения фактически стала легально платной», – отмечает Сергей Шишкин, член Экспертного совета при Правительстве Российской Федерации.

Например, при анализе деятельности клиники Ростовского медуниверситета была выявлена следующая динамика: доля платных услуг выросла с 17% в 2001 году до 32% в 2013 г., доля ДМС достигла 1%. Таким образом фактически треть медицинских услуг оплачиваются непосредственно за счет средств пациента (см. рис. 4).

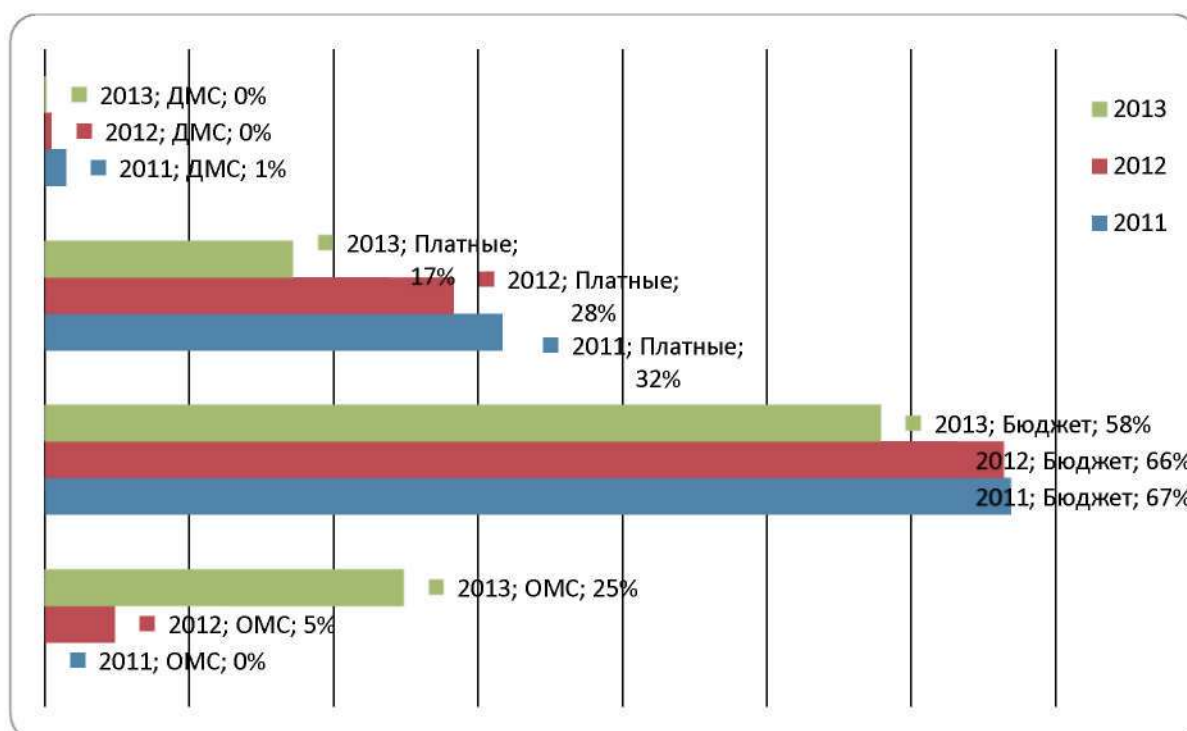


Рисунок 4 – Оплата койко-дней по видам финансирования в клинике Ростовского медуниверситета

Источник: форма 30 «Сведения о медицинской организации» за 2011-2013 годы РостГМУ

В работе [9] проводился анализ практики неформальной оплаты по данным российского мониторинга эконо-

мического положения и состояния здоровья населения (РМЭЗ-ВШЭ).

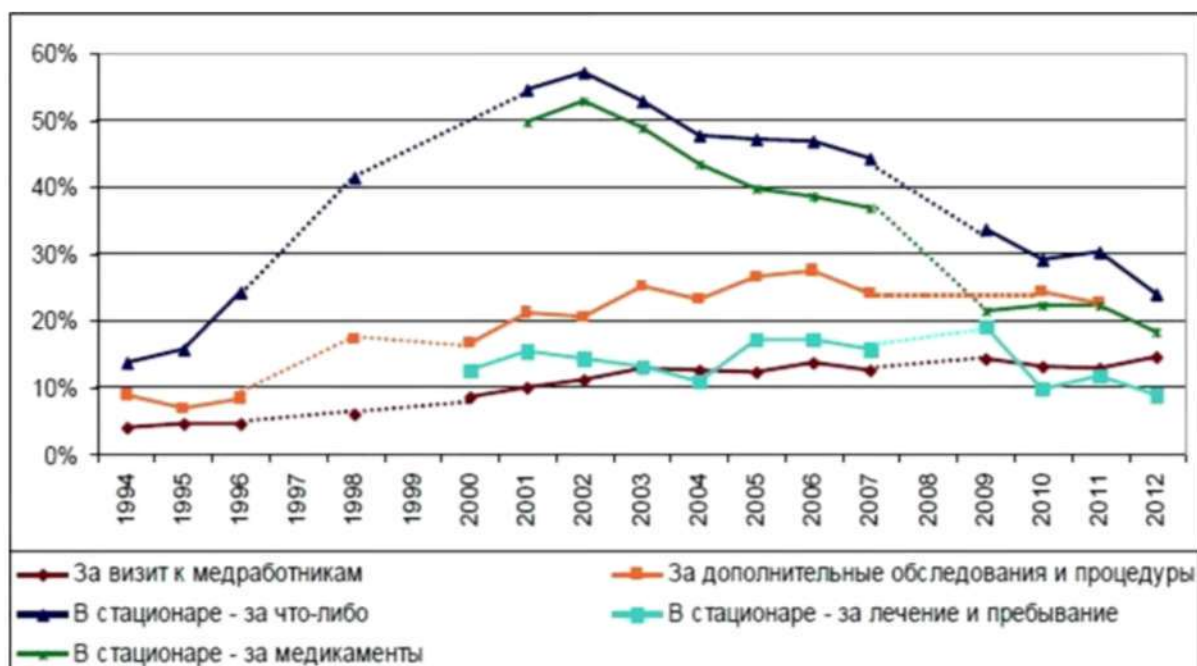


Рисунок 5 – Доля плативших пациентов, обращавшихся за различными видами медпомощи

Источник: данные РМЭЗ

Как видно доля пациентов, дающих «на руку» медицинским работникам за лечение в стационарах всегда выше, чем при оплате амбулаторной помощи, однако тенденция показывает устойчивое снижение таких пациентов: если в 2002 году 57% платили за что-либо, то к 2012 году их доля снизилась до 23%. В свою очередь за право попасть к «нужному» врачу приходится платить все больше, так же, как и за дополнительные обследования и процедуры.

Оплата «по тарифу» предполагает, что пациент, как правило, через знакомых или средний медицинский персонал получает информацию о цене услуги и тогда решает, согласен он ее получить или нет.

Оплата-«благодарность» производится по инициативе пациента, который определяет ее размеры, исходя из своих возможностей. Пациент передает деньги

медицинскому работнику в надежде на более внимательное отношение к себе и оказание нужной ему помощи

Таким образом, российская модель здравоохранения является гибридной, частично социально-страховой, частично платной. Со всеми вытекающими достоинствами и недостатками.

В данных обстоятельствах здравоохранение, возможно, будет развиваться по пути формирования новой модели, которая предполагает следующее:

- оказание высокотехнологичной медицинской помощи преимущественно за счет бюджетных средств, с частичной (формальной и/или неформальной) оплатой за счет средств пациента;
- медицинское обслуживание обеспеченных граждан в частных клиниках на условиях полной оплаты;
- медпомощь для социально незащищенных слоев населения в госу-

дарственных медучреждениях частично бесплатно, частично платно.

По данным Сергея Шишкина, сейчас около 20% наиболее обеспеченных граждан уже получают медицинскую помощь (без учета стоматологии) в частном секторе. Эта тенденция будет набирать силу: частный сектор будет все больше замещать государственный для обеспечения нужд пациентов.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения. URL: <http://nonews.co/directory/lists/countries/health> (дата обращения 15.01.2015)

2. Paul Krugman, "The Waiting Game," New York Times, July 16, 2007.

3. Howie Wolf, "Insurance CEO's Fattened on the Suffering of Many" // Physicians for a National Health Program, URL: <http://www.pnhp.org/news/2006/april/the-health-care-tipping-point>. (дата обращения 15.01.2015)

4. Майкл Тэннер (Michael D. Tanner) «Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах мира»// "Публичные лекции "Полит.ру", Политехнический музей, 19 мая 2011 г.

5. Федеральный закон от 2 декабря 2013 г. N 349-ФЗ "О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов". URL: <http://base.garant.ru/70525334/#ixzz3Qtbi9Wob> (дата обращения 15.01.2015)

6. Кравченко Н.А., Рагозин А.В., Розанов В.Б., Иванов А.В. Система обязательного медицинского страхования Российской Федерации – баланс интересов субъектов и участников// Социальные аспекты здоровья населения . №3 2013 (31) URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/481/30/lang,ru/> (дата обращения 15.01.2015)

7. Банин С.А. Внедрение однокамерной системы финансирования медицинских организаций в РФ: оценка и перспективы. Вестник Томского госу-

дарственного университета 2011;(1):132-141.

8. Маркина Н. Чем больше болезней, тем больше счет и доходы // Газета.Ru // URL: [http://www.gazeta.ru/health/2013/12/03\\_a\\_5780937.shtml](http://www.gazeta.ru/health/2013/12/03_a_5780937.shtml) (дата обращения 15.01.2015)

9. Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В. (2011) Доступность медицинской помощи для населения (по материалам мониторинга экономических процессов в здравоохранении). Препринт WP8/2011/12. Высшая школа экономики. М.: НИУ ВШЭ // URL: [http://www.hse.ru/data/2011/12/16/1261928725/WP8\\_2011\\_11\\_final.pdf](http://www.hse.ru/data/2011/12/16/1261928725/WP8_2011_11_final.pdf) (Дата обращения 15.01.2015)

10. Шишкин С. Здравоохранению нужны ресурсы. // ОPEC.ru | ОПЕК.ру Экспертный сайт Высшей школы экономики// URL: <http://opec.ru/1653555.html> (дата обращения 15.01.2015)

#### REFERENCES

1. Ranking of countries on the effectiveness of health systems. URL: <http://nonews.co/directory/lists/countries/health> (date accessed 15/01/2015)

2. Paul Krugman, "The Waiting Game," New York Times, July 16, 2007.

3. Howie Wolf, "Insurance CEO's Fattened on the Suffering of Many" // Physicians for a National Health Program, URL: <http://www.pnhp.org/news/2006/april/the-health-care-tipping-point>. (Date accessed 01/15/2015)

4. Michael Tanner (Michael D. Tanner) «Comparative analysis of health care systems around the world," // "Public Lectures" of Polit.ru "Polytechnical Museum, May 19, 2011

5. Federal Law of December 2, 2013 N 349-FZ "On the Federal Budget for 2014 and the planning period of 2015 and 2016". URL:



<http://base.garant.ru/70525334/#ixzz3Qtbi9Wo6> (date accessed 01/15/2015)

6. Kravchenko NA, Ragozin AV, Rozanov VB, Ivanov AV Compulsory health insurance system of the Russian Federation - the balance of interests of subjects and participants // Social aspects of public health. №3 2013 (31) URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/481/30/lang,ru/> (date accessed 15/01/2015)

7. Banin SA. The introduction of a single-channel system of financing health care organizations in Russia: assessment and prospects. Bulletin of Tomsk State University, 2011; (1): 132-141.

8. N. Markin The more diseases, the more expense and revenue // Herald // URL:

[http://www.gazeta.ru/health/2013/12/03\\_a\\_5780937.shtml](http://www.gazeta.ru/health/2013/12/03_a_5780937.shtml) (date accessed 15/01/2015)

9. Potapchik EG, Seleznev EV, Shishkin SV (2011) Access to health care for the population (based on the monitoring of economic processes in health care). Preprint WP8 / 2011/12. Higher School of Economics. M.: HSE // URL: [http://www.hse.ru/data/2011/12/16/1261928725/WP8\\_2011\\_11\\_final.pdf](http://www.hse.ru/data/2011/12/16/1261928725/WP8_2011_11_final.pdf) (date accessed 15/01/2015)

10. S. Shishkin health will require resources. // OPEC.ru | OPEK.ru Expert site HSE // URL: <http://opec.ru/1653555.html> (date accessed 15/01/2015)