

На правах рукописи



Гамзатова Айша Гаджибековна

**МОДЕРНИЗАЦИЯ ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА СИСТЕМЫ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ**

08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Махачкала – 2013

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Астраханский государственный технический университет».

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор,
профессор кафедры «Экономика бизнеса и финансы» ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет»
Набиев Рамазан Абдулмуминович

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор,
заведующий кафедрой «Экономика и финансы предприятий» ФГБОУ ВПО «Волгоградский государственный технический университет»
Сазонов Сергей Петрович

доктор экономических наук, доцент,
профессор кафедры «Налоги и денежное обращение» ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный университет»
Абдулгалимов Абдусалим Минхаджович

Ведущая организация: ФГБОУ ВПО «Калмыцкий государственный университет»

Защита состоится 3 апреля 2013 года в 14:00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.053.01 при ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный университет» по адресу: 367025, Республика Дагестан, г.Махачкала, ул. Гаджиева, д.43 «а».

Объявление о защите диссертации и автореферат размещены на официальном сайте ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный университет»: <http://www.dgu.ru> и направлены для размещения на сайте Министерства образования и науки Российской Федерации по адресу vak2.ed.gov.ru 3 марта 2013 года.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный университет».

Автореферат разослан 2 марта 2013г. Отзывы на автореферат, заверенные печатью, просим направлять по адресу: 367025, г. Махачкала, ул.М.Гаджиева, 43-а, ФГБОУ ВПО «Дагестанский государственный университет», диссертационный совет Д 212.053.01.

Ученый секретарь
диссертационного совета
д.т.н., профессор



К.Р. Адамадиев

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Конституция РФ гарантирует право граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. В соответствии с п.1 ст.41 Конституции «Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

В условиях институциональных преобразований важной проблемой охраны здоровья россиян является отсутствие достаточного финансового обеспечения развития здравоохранения, отвечающего современным требованиям и потребностям населения. Исследование практики распределения и использования финансовых потоков системы здравоохранения свидетельствует о неуклонном снижении объемов государственного финансирования и замещении негосударственными источниками средств, что усложняет равный доступ и реализацию прав для всех слоев населения при получении услуг. К тому же, эффективность использования ограниченных финансовых ресурсов в системе здравоохранения остается дискуссионным вопросом теории и практической организации направлений и способов финансирования сферы здравоохранения для всех стран мира, а для России имеет особую остроту.

Фрагментарные изменения компонентов при реформировании здравоохранения (реформы касались только органов управления и собственно учреждений системы здравоохранения) привели к практическому устранению их субъектных ролей и функций. Попытка систематизации реформ здравоохранения предпринята при разработке «Концепции развития здравоохранения до 2020 года». Однако, проблемы существующие в российском здравоохранении находятся за рамками отраслевой концепции и являются проблемами институциональных перемен как здравоохранения, так и всего российского общества. Из-за несовершенства институциональных основ система здравоохранения пока не в состоянии обеспечить всем гражданам страны максимально удовлетворять их потребности в сфере охраны здоровья, тем самым не выполняет свою институциональную функцию. Поэтому вектор развития здравоохранения должен быть направлен на реализацию прав и потребностей граждан в охране здоровья, ориентироваться на функционирование адекватного бюджетно-страхового механизма.

Однако существующие факторы (дискуссионность положений Концепции развития здравоохранения до 2020 года; проблема сочетания рыночных и нерыночных механизмов финансирования расходов на здравоохранение; низкая мотивация хозяйствующих субъектов и населения в оплате медицинских услуг, участия в добровольном медицинском страховании (ДМС); недостаточное соответствие существующего финансового механизма решению возложенных задач) обуславливают потребность дальнейшей структурной и функциональной модернизации финансового механизма системы здравоохранения, для приведения его в соответствие реализуемым приоритетным задачам укрепления здоровья граждан через повышение доступности и качества медицинской помощи, Он способствует внедрению эффективных инструментов рационального использования финансовых ресурсов и достижению баланса между потребностями и реальными правами, обязанностями и ответственностью граждан.

Указанное определяет необходимость комплексного исследования финансовых потоков здравоохранения, источников их формирования, нормативной экономической базы развития здравоохранения, возможностей использования различных форм партнерства государства и бизнеса в финансировании системы здравоохране-

ния. Приведенные положения актуализируют проблему модернизации финансового механизма системы здравоохранения, адекватного ее целям, задачам и функциям в современном обществе.

Степень разработанности проблемы. Среди зарубежных ученых, занимающихся исследованиями финансов социальной сферы, отметим Д.Акерлофа, Д. Стиглица, Г. Беккера и М. Гроссмана, М. Кроппера, А. Пигу.

Теоретические основы организации финансового механизма системы здравоохранения исследованы в работах А. Азримяна, Т. Акимовой, В. Акишкина, Р. Арыкбаева, Л. Лозовского, Р. Набиева, Б. Райзберга, Е. Стародубцевой, Г. Улумбековой, Л.Якобсона и др.

В работах А. Абдулгалимова, Б. Алиева, Н.Гаджиева, Л. Габуевой, С. Глазьева, М. Деревянко, Ф. Кадырова, М. Колосницыной, В. Климина, И. Лебедевой, М. Левкевич, Л. Лозовского, И. Хайруллиной, Т. Чубаровой, И. Шеймана, С. Шишкина и ряда других ученых разработаны концептуальные подходы к формированию финансового обеспечения функционирования российского здравоохранения. В то же время, изучая различные аспекты развития финансового механизма системы здравоохранения, пока не сформировано целостное понимание областей, границ и источников финансового обеспечения, методов и инструментов увеличения финансовых потоков в системе здравоохранения.

Важность регулирования финансовых потоков в контексте современных преобразований в здравоохранении обуславливают потребность в углубленном исследовании структуры и функций финансового механизма системы здравоохранения; дальнейшей разработке и оформлении в прикладную концепцию ее финансового механизма, выбор темы, целей и задач исследования.

Цель диссертационного исследования – определение сущности и состава финансового механизма системы здравоохранения, а также разработка научно-обоснованных рекомендаций по его модернизации, соответствующего принципам экономической эффективности и социальной справедливости.

Для достижения цели поставлены, научно проработаны и решены ряд **задач**:

- исследовать теоретико-методические основы организации финансовых отношений в системе здравоохранения.
- развить теорию формирования и функционирования бюджетно-страхового обеспечения финансового механизма системы здравоохранения;
- анализировать эффективность финансового обеспечения здравоохранения и выявить противоречия в процессе модернизации его финансового механизма;
- разработать финансовую модель взаимодействия государственных институтов и субъектов предпринимательства в рамках государственно-частного партнерства при реализации инфраструктуры здравоохранения.
- сформулировать предложения, направленные на совершенствование механизма обязательного медицинского страхования для достижения стратегических целей развития системы здравоохранения

Предмет исследования – система финансово-экономических отношений, складывающаяся в процессе модернизации финансового механизма системы здравоохранения.

Объект исследования – бюджетно-страховое обеспечение финансового механизма здравоохранения при взаимодействии субъектов системы охраны здоровья.

Теоретическую и методологическую основу исследования составляют на-

учные труды отечественных и зарубежных ученых в области теории финансов, фундаментальные и прикладные исследования по вопросам финансирования сферы здравоохранения. При разработке основных положений исследования, обосновании выводов и предложений использовались научные публикации по теме диссертации, материалы научно-практических конференций и семинаров. Методологическую базу исследования составили общенаучные и частно-научные методы анализа.

Нормативно-правовую базу диссертационной работы составили Конституция РФ, федеральные законодательные акты, а также нормативные и директивные документы Правительства РФ.

Область исследования. Исследование проведено в рамках специальности 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит и соответствует пунктам 1.4. «Современные концепции и теории финансов и их использование в деятельности финансовых институтов»; 2.13. «Финансирование государственных услуг»; 7.3. «Финансовое и налоговое регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования» Паспорта номенклатуры специальностей научных работников (экономические науки).

Информационно-эмпирическая основа исследования включает аналитические и статистические обзоры, законодательные и нормативные акты РФ, Минфина РФ, Минздрава РФ, справочные материалы по теме исследования, опубликованные в периодической печати и размещенные в сети Интернет, собственные разработки автора.

Научная новизна диссертационного исследования заключается в обосновании основных направлений модернизации финансового механизма системы здравоохранения и разработке практических предложений по диверсификации источников его финансирования.

В рамках проведенного исследования получены следующие основные результаты, обладающие элементами научной новизны:

- уточнено содержание модернизации финансового механизма системы здравоохранения определением его как сложного процесса разрешения противоречий в области исторически сложившегося в России преимущественно государственного финансирования здравоохранения и переходом к его инвестиционной модели за счет ресурсов государства, бизнеса и граждан;

- структурирована модульно-функциональная характеристика бюджетно-страхового обеспечения финансового механизма системы здравоохранения в процессе оказания медицинской помощи населению за счет: выделения модуля организационно-правового обеспечения, структуризации функционального модуля на блоки по признаку источника финансирования; развития финансовых методов и финансовых инструментов;

- обоснованы концептуальные положения сбалансированного финансового обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи в процессе модернизации финансового механизма здравоохранения: а) при формировании финансовых потоков обоснована государственно-частная модель; б) при использовании финансовых ресурсов – ориентация на результат;

- разработаны алгоритм и модель взаимодействия государственных институтов и субъектов предпринимательства через институт ГЧП в финансировании инфраструктуры здравоохранения;

- сформулированы предложения по совершенствованию финансового механизма ОМС в разрезе функциональных блоков.

Теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования. Теоретическая значимость работы состоит в развитии теоретико-методических основ в области финансового обеспечения сферы охраны здоровья, обосновании процесса трансформации источников финансирования здравоохранения с преимущественным использованием страховых принципов финансирования и инвестиционной модели финансового механизма системы здравоохранения.

Практическая значимость диссертации определяется возможностью использования выводов, рекомендаций и методических разработок при решении практических задач по совершенствованию бюджетно-страхового обеспечения финансового механизма здравоохранения; в деятельности страховых медицинских организаций (СМО); в учебном процессе для студентов экономического профиля.

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 7 научных работ, общим объемом авторского текста 7,4 п.л., в том числе одна коллективная монография с авторскими разработками и две статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Апробация результатов диссертационного исследования. Основные выводы диссертационного исследования апробировались на международных научно-практических конференциях в 2009-2013гг. (Астрахань, Волгоград, Махачкала, Пятигорск), а так же используются в практической деятельности Астраханского Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) и в учебном процессе ФГБОУ ВПО «Астраханский государственный технический университет». По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, в том числе две статьи в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ и одна монография.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 176 страницах машинописного текста, состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы, приложения. В диссертации имеется 12 таблиц и 8 рисунков. Список литературы содержит 146 наименований.

Во введении обоснована актуальность темы исследования, раскрыта степень разработанности проблемы, определены цель и задачи, предмет и объект исследования, раскрыта научная новизна, теоретическая и практическая значимость.

В первой главе «Теоретико-методические основы финансового механизма здравоохранения» исследованы теоретико-методические основы организации финансового обеспечения здравоохранения, раскрыто содержание бюджетно-страхового обеспечения финансового механизма здравоохранения, исследована структура и функции финансового механизма здравоохранения, проведен сравнительный анализ эффективности моделей финансового механизма систем здравоохранения.

Во второй главе «Оценка эффективности финансового механизма здравоохранения» выполнен анализ эффективности финансового обеспечения здравоохранения, исследована адекватность масштабов ОМС практической реализации финансового механизма здравоохранения, изучена практика формирования и реализации программы государственных гарантий (ПГГ) бесплатной медицинской помощи.

В третьей главе «Стратегические направления модернизации финансового механизма здравоохранения в условиях институциональных преобразований» разработаны методические рекомендации по развитию финансового механизма здравоохранения России в целях совершенствования работы медицинских учреждений и улучшения качества оказания медицинской помощи населению.

В заключении обобщены результаты диссертационного исследования, сформулированы выводы и рекомендации научного и практического характера.

II. ОСНОВНЫЕ ИДЕИ И ВЫВОДЫ ДИССЕРТАЦИИ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Уточнено содержание модернизации финансового механизма системы здравоохранения определением его как сложного процесса разрешения противоречий в области исторически сложившегося в России преимущественно государственного финансирования здравоохранения и переходом к его инвестиционной модели за счет ресурсов государства, бизнеса и граждан.

Обобщив теоретические взгляды российских ученых (Г. Поляка, М. Романовского, В. Сенчагова и др.) о сущности финансового механизма его можно представить как совокупность выработанных на основе финансовой политики государства и согласованных между собой форм осуществления финансовых отношений, направленных на решение социально-экономических задач общества на данном этапе его развития. Особенности объектов финансового управления, в том числе и здравоохранения, определяют потребность формирования для каждого из них специфического финансового механизма, функционирующего на основе гармоничного взаимодействия его составляющих. Под финансовым механизмом системы здравоохранения понимается совокупность организационных структур, форм хозяйствования, институциональных норм, методов и инструментов, посредством которых государство формирует социальные и финансово-экономические явления в сфере охраны здоровья граждан, в соответствии с экономическими законами рационально организует систему охраны здоровья. Он обеспечивает динамичное движение бюджетных и страховых потоков финансовых ресурсов в соответствии с установленными императивами финансового регулирования, определяемыми уровнем экономического развития и государственной политикой в сфере охраны здоровья нации, то есть его организация соответствует приоритетам и задачам государства в сфере охраны здоровья. С его помощью реализуются социальные гарантии, значимая часть которых обеспечивается при поддержке государства, путем предоставления государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению.

Эффективному функционированию системы здравоохранения способствует взаимозависимость факторов финансового механизма, в числе которых трансформация организационной составляющей и ресурсного обеспечения. В ходе исследования установлено воздействие на финансовый механизм системы здравоохранения ряда факторов (уровень государственного регулирования; численность субъектов, участвующих в организации, предоставлении и удовлетворении потребности в медицинской помощи; разнообразие ассортимента медицинских услуг).

В мировой практике используются различные модели организации финансового механизма системы здравоохранения: модель частного медицинского страхования; модель государственно-частного (социального) медицинского страхования; модель государственного (бюджетного) финансового механизма. Наибольшее применение в странах с рыночной экономикой находит модель, базирующаяся на социальном страховании при участии государства, работодателей и населения. В странах с моделью социального страхования для повышения эффективности работы фондов страхования и снижения расходов на медицинскую помощь государство проводит политику укрупнения фондов страхования, расширения функций и ответственности страховщиков, введения управляемой конкуренции между стра-

ховыми фондами. Следует заметить, средства ОМС и ДМС не объединяются и не смешиваются даже в тех случаях, когда оба вида страхования осуществляет одна и та же частная компания.

Отметим, из системы ОМС в систему преимущественно бюджетного финансирования перешли такие страны, как Дания, Финляндия, Ирландия, Италия, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция. В то же время из системы бюджетного финансирования в систему ОМС перешел только Израиль. Общая тенденция для стран с развитой рыночной экономикой в целях достижения баланса между имеющимися финансовыми ресурсами и заявленными гарантиями для населения – переход с общих принципов (все, что необходимо) при реализации гарантий на прозрачные методы.

С учетом адаптации зарубежного опыта к российским условиям реформирование финансового механизма системы здравоохранения должно быть направлено на внедрение государственно-частной модели его организации, с сохранением преимущественно государственного финансирования.

С позиции эволюционного подхода реформирование финансового механизма системы здравоохранения современной России включает 2 этапа. На этапе трансформации (1991–2005 г.г.) внедрено многоканальное государственно-частное финансирование, возникли концептуальные новации в его функциональных блоках. Так, в блоке формирования и использования государственных финансовых ресурсов внедрен механизм ОМС. В блоке формирования и использования частных финансовых ресурсов внедрены ДМС, платные услуги, государственно-частное партнерство (ГЧП).

Следует отметить, сложившееся ОМС состоялось как работающий механизм финансирования здравоохранения, поскольку его средства обеспечили сохранение бесплатной медицинской помощи в стране. Однако, наблюдается постоянное снижение его доли в финансовом обеспечении программы государственных гарантий. К тому же страхование неработающего населения осуществлялось при отсутствии единых принципов формирования страховых платежей. В силу указанных причин отмечен существенный разрыв между потребностью получения медицинской помощи и объемом финансовых средств, выделяемых для ее удовлетворения, что потребовало модернизации финансового механизма системы здравоохранения.

На этапе модернизации (с 2006 года по настоящее время) в рамках ПНП «Здоровье» определен вектор совершенствования финансового механизма здравоохранения в свете современных требований. Однако, реализация ПНП «Здоровье» не обеспечило решение ряда важных проблем (декларативность гарантий бесплатной медицинской помощи, слабая эффективность существующей модели ОМС, социальное и территориальное различия в доступности медицинской помощи и т.д.).

Не подвергая сомнению, важность задачи обеспечения здоровья граждан, отметим, что существует проблема выбора преобладающего способа формирования финансовых потоков и рационального распределения ресурсов внутри системы здравоохранения.

С позиций проводимой модернизации представляет интерес сравнение затратной и инвестиционной моделей финансового механизма (рис.1).

Затратная модель финансового механизма	Признаки	Инвестиционная модель финансового механизма
Воспроизводство медицинских услуг	Целевая установка	Сохранение и приумножение потенциала здоровья
Смешанное, преимущественно государственное	Формирование финансовых ресурсов	Смешанное, государственно-частное
ОМС, бюджетно-налоговый	Преобладающий механизм	ДМС, ГЧП, платная медицина
Затраты на оказание медицинских услуг	Объект государственного контроля	Результаты оказания медицинских услуг
Сметное финансирование	Преобладающие методы финансирования	Целевые программы, преимущественно долгосрочные
Ограниченная	Персонификация финансирования	Неограниченная

Рис. 1 Сравнительная характеристика моделей финансового механизма здравоохранения
 Источник: составлено автором

На основе сравнительного анализа характеристик моделей финансового механизма автором обоснована необходимость внедрения в практику здравоохранения инвестиционной модели. Расходы на обеспечение здоровья нами обоснованы как инвестиции государства, работодателей и работающих граждан. При этом услуги здравоохранения рассматриваются с позиции их потенциала в повышении производительности. Внедрение инвестиционной модели в практику здравоохранения должно стать приоритетной задачей органов исполнительной власти.

Обобщая вышесказанное, финансовый механизм системы здравоохранения представляет собой, генерированный целями социальной политики государства комплекс источников и форм формирования финансовых потоков, способов финансирования расходов, методов оплаты услуг здравоохранения, методов финансового контроля за целевым и результативным использованием денежных ресурсов системы здравоохранения. Содержание модернизации финансового механизма системы здравоохранения, представляя собой сложный процесс разрешения противоречий в финансировании системы охраны здоровья граждан, состоит в повышении значимости механизмов страхования, переходе на преимущественно одноканальное финансирование, внедрении инвестиционной модели развития за счет ресурсов государства, бизнеса и граждан.

2. Структурирована модульно-функциональная характеристика бюджетно-страхового обеспечения финансового механизма системы здравоохранения в процессе оказания медицинской помощи населению за счет: выделения модуля организационно-правового обеспечения, структуризации функционального модуля на блоки по признаку источника финансирования; развития финансовых методов и финансовых инструментов.

Традиция государственного финансирования здравоохранения в России обусловила консервативный подход в сохранении блоков финансового механизма системы здравоохранения, не отвечающих принципам экономической эффективности и социальной справедливости, а также во фрагментарности и незавершен-

ности проводимых реформ, не отвечающего требованиям развивающейся системы рыночных отношений.

Основными функциями данного механизма являются: формирование целевых денежных фондов на основе государственно-частной модели финансирования; результативное и эффективное использование целевых денежных фондов на основе повышения прозрачности финансовых потоков.

В процессе реформирования финансового механизма усложняется его структура. В модуле организационно-правового обеспечения активно внедряются методы долгосрочного целевого прогнозирования и планирования, финансового регулирования, контроля и мониторинга. В функциональном модуле, наряду с блоками формирования и использования государственных, муниципальных, частных финансовых ресурсов с присущими им механизмами, формируется блок формирования и использования финансовых ресурсов на основе ГЧП.

Следует отметить, несмотря на выделенные значительные финансовые ресурсы, в рамках ПНП «Здоровье», реформирования существовавшего ранее механизма финансирования не произошло. Оно не адаптировано к реальным условиям внешней и внутренней среды, поскольку для успешной реализации финансовой политики необходим не только эффективный финансовый механизм, но и достаточный объем финансирования. Процесс финансирования включает оценку объемов и формирования источников необходимых финансовых ресурсов, методы и способы организации финансирования расходов, стимулирование результативности затрат, контроль своевременности и законности операций на всех этапах движения денежных потоков.

Бюджетные средства – наиболее крупный источник финансирования системы здравоохранения. Финансирование здравоохранения осуществляется также за счет страховых взносов ОМС и ДМС, платных услуг, доходов от ценных бумаг, безвозмездных взносов и пожертвований, иных источников, не запрещенных законодательством. Оно может реализовываться за счет самофинансирования, страхования и безвозвратного финансирования. Следует отметить, официальные расходы государства на здравоохранение находятся на низком уровне, что объясняется действующей вариацией бюджетно-страхового обеспечения здравоохранения, для эффективной работы которого не решен вопрос об экономически обоснованном размере отчислений на охрану здоровья граждан.

На базе результатов исследования нами представлен комплекс предложений для совершенствования финансового механизма здравоохранения. В рамках системы налогового стимулирования предлагается: вернуться к системе налоговых льгот по налогу на прибыль для организаций, содержащих на балансе медицинские учреждения; по НДС предусмотреть налоговый вычет в размере расходов на профилактику заболеваний; по налогу на прибыль исключить из налогооблагаемой базы объем финансовой помощи лечебно-профилактическим учреждениям (ЛПУ). Для покрытия выпадающих доходов бюджетов от введения указанных льгот предлагается создание государственного сектора фармацевтического рынка (не менее 51%); и введение государственной монополии на алкоголь (40 градусов и выше).

Важна также адаптация системы финансирования отрасли к динамично меняющимся условиям среды с минимальными затратами. Нами функциональная

структура финансового механизма системы здравоохранения дополнена модулем организационно-правового обеспечения, блоками функциональных механизмов и соответствующих им финансовыми инструментами (рис. 2).

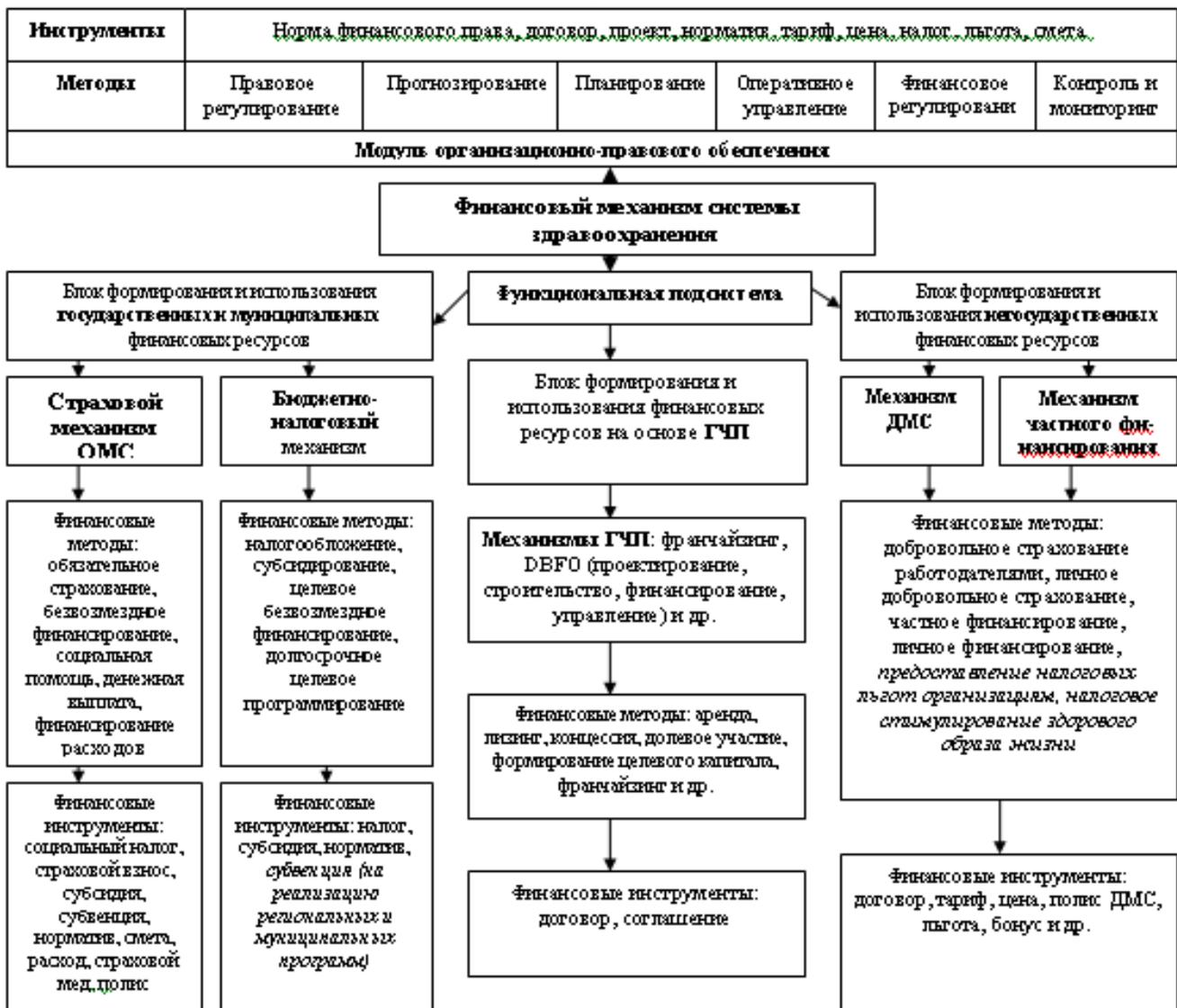


Рис. 2. Функциональная структура финансового механизма системы здравоохранения. Источник: составлен автором. Выделенное курсивом является предложением автора

Нами выделены принципы эффективного функционирования финансового механизма системы здравоохранения (ведомственный, передачи риска ущерба, страхуемости риска, объединения риска, солидарности, присутствия страхового интереса, территориального и временного перераспределения, причинно-следственной связи, финансовой эквивалентности) как исходные установки его действия в соответствии с общими и специфическими чертами бюджетно-страхового финансирования. Следует отметить, совокупное удовлетворение потребностей граждан в медицинской помощи должно соответствовать объему аккумулированных финансовых ресурсов.

Модульная конструкция бюджетно-страхового обеспечения финансового механизма системы здравоохранения (включает организационно-управленческий, планово-финансовый и контрольный блоки) позволяет ранжировать функции и разработать рекомендации по уровню финансовой ресурсной обеспеченности.

В практическом плане функционал служит достижению определенных целей,

имеет прикладной характер. Посредством функций реализуются определенные организационно-финансовые решения, принимаемые в процессе функционирования финансового механизма.

3. Обоснованы концептуальные положения сбалансированного финансового обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи в процессе модернизации финансового механизма здравоохранения: а) при формировании финансовых потоков обоснована государственно-частная модель; б) при использовании финансовых ресурсов – ориентация на результат.

В рамках модернизации существующего порядка финансирования здравоохранения предусматривается перевод здравоохранения и ОМС на преимущественно страховые принципы. Несмотря на противоречивость данного процесса в части сбалансированности финансовых ресурсов, формируемых из различных источников, отметим позитивность превращения страховых медицинских организаций в реально экономически-заинтересованных субъектов, защиты прав граждан и эффективного использования финансовых ресурсов.

Исследование финансовых потоков систем здравоохранения зарубежных государств показало, что ее обеспечение базируется как на основе государственного финансирования, так и частных инвестиций. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2011г. в США доля государственного финансирования в общем объеме финансовых ресурсов здравоохранения составляла 48%, в Канаде - 70%, в ФРГ – 76%, в Великобритании – 82%, в РФ – 65%. Как правило, частные источники финансирования явились дополнением к сложившейся достаточно финансово устойчивой системе государственного финансирования. В России же положительная динамика частного финансирования здравоохранения формируется из-за постепенного замещения государственных ресурсов.

Следует отметить, что конкретная полнота прав на доступ к услугам здравоохранения и их реальное обеспечение является прерогативой каждого государства и отражает особенности социально-экономического менталитета общества и государства. Положительное влияние на уровень финансирования национальных систем здравоохранения оказывает проводимый ВОЗ мониторинг, в основу которого положены показатели: соотношение долей государственных и частных расходов, процент общих расходов к валовому внутреннему продукту (ВВП), расходы на душу населения. По рекомендованному ВОЗ относительному показателю, характеризующему уровень финансового обеспечения здравоохранения в размере не менее 5% ВВП, как пороговое значение расходов на этот вид экономической деятельности, Россия отстает более, чем в 4 раза от США.

В концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года сформулированы формы и механизмы стратегического партнерства государства и бизнеса, с целью устранения неравноправной конкуренции между государственными и частными поставщиками медицинских услуг. Повышение инвестиционной привлекательности здравоохранения (и как следствие, создание ГЧП в этой сфере) является важнейшей государственной задачей, которая позволит обеспечить снижение смертности от управляемых причин, повышение рождаемости, улучшение качества медицинской помощи, увеличение продолжительности жизни и экономию бюджетных средств.

Отметим как важную тенденцию в сфере здравоохранения России, позво-

ляющую активизировать процессы ГЧП рост государственных инвестиций. В последние годы, как в абсолютном, так и в относительном выражении рост инвестиционных расходов бюджета возрос с 278 млрд руб. в 2008 г. до 332 млрд руб. в 2010 г.; увеличение расходов на ПНП «Здоровье» с 135 млрд руб. в 2011 г. до 140 млрд руб. в 2012 г. Основные параметры долгосрочного прогноза социально-экономического развития РФ предполагают рост расходов на здравоохранение и превышение уровня в 5% ВВП при любом сценарии. Согласно инновационному сценарию расходы на здравоохранение возрастут до 5,9% ВВП в 2020 г. и до 7,1% в 2030 г.

Среди проблем, стоящих перед введением ГЧП в здравоохранении отсутствие: понятия ГЧП в медицинском законодательстве; профессиональных стандартов деятельности медицинских работников; ясности, кто конкретно должен быть партнером бизнеса – муниципалитеты, региональные власти или федеральный центр; сбалансированности госпрограммы гарантий оказания медицинской помощи гражданам. Интерес бизнеса к ОМС существует только в одном аспекте – привлечь к себе платежеспособное население и работать с ним в частной клинике.

Однако стоит отметить и несколько сдерживающих факторов, которые должны быть устранены для привлечения в медицину средств крупных частных инвесторов: разработать четкие критерии оказания медуслуг; отработать подходы по доведению и контролю над исполнением госзаказа до частных компаний в области оказания медицинских услуг; усовершенствовать нормативную правовую базу; подготовить специалистов по консалтингу, экспертизе проектов ГЧП, управляющих ЛПУ.

Благодаря ГЧП в выигрыше окажутся как государство и частные партнеры, так и общество в целом. Партнерство позволит: снизить потребность в бюджетном финансировании на реализацию проектов модернизации инфраструктуры; получить возможность использовать необходимые объекты в кратчайшие сроки, несмотря на дефицит бюджетного финансирования; повысить доступность и улучшить качество медицинских услуг гарантированных государством; снизить величину капитальных затрат на 20–30% за счет использования передовых инжиниринговых решений и жесткой системы финансового контроля; существенно сократить сроки создания и модернизации объектов; привести инфраструктурные объекты в соответствие с санитарными нормами и международными стандартами; снизить себестоимость оказания медицинских услуг; снизить эксплуатационные расходы за счет использования современных энергосберегающих технологий; сохранить сферу деятельности существующих инфраструктурных объектов здравоохранения; снизить нагрузку на исполнительный аппарат власти за счет передачи части функций частному партнеру. Реализация партнерства в сфере здравоохранения нами рекомендуется также через долевое участие в уставном капитале ЛПУ, формирование целевого капитала некоммерческих организаций, финансовое управление учреждений здравоохранения.

В совокупности реализация рассматриваемых мероприятий обеспечит существенное изменение объема финансовых ресурсов в прогнозируемом периоде (2010-2020гг.) (рис.3).



Рис. 3. Состав расходов бюджетной системы РФ на здравоохранение (2010-2020гг.) (млрд.руб.)
 Источник: составлено автором (по данным Министерства здравоохранения РФ, www.rosminzdrav.ru)

Таким образом, прогнозируемая тенденция увеличения объемов финансовых потоков системы здравоохранения, генерированная ГЧП, позволит формировать значительные финансовые потоки, соответствующие, в основном, потребностям финансового обеспечения охраны здоровья населения.

Сбалансированность финансового обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам во многом зависит от достаточности финансовых ресурсов и эффективности и результативности их использования. С целью оптимизации функционирования финансового механизма внедрено преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через ОМС, проводится ежегодная конкретизация объемов государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, выравниваются финансовые позиции реализации территориальных ПТГ, осуществляется лекарственное страхование. В частности, выравнивание финансовых позиций территориальных ПТГ требует определения совокупного объема денежных ресурсов, необходимых субъекту Федерации для реализации базовой программы ОМС. Математически этот процесс выглядит:

$$S = N \times F \quad (1)$$

где N – минимальный подушевой норматив; F – численность населения субъекта Федерации; S – совокупный объем денежных ресурсов, необходимых для реализации базовой программы ОМС.

Совокупные доходы системы ОМС, формируемые конкретным субъектом Федерации включают обязательные взносы работодателей по ОМС и обязательные взносы субъекта Федерации по ОМС неработающего населения. Покрытие дефицита производится из средств федерального бюджета и федерального фонда ОМС.

Экономному расходованию доступных денежных ресурсов на оказание медицинской помощи способствует использование научно-обоснованных медико-экономических стандартов. При использовании финансовых ресурсов на оказание услуг, ориентированном на результат, значительные резервы лежат в области активного использования аутсорсинга (рис. 4).

4. Разработаны алгоритм и модель взаимодействия государственных институтов и субъектов предпринимательства через институт ГЧП в финансировании инфраструктуры здравоохранения.

В условиях дефицитности финансирования здравоохранения одним из направлений развития его финансового механизма может стать ГЧП. Оно, как инновационная форма партнерства в российских условиях позволяет наиболее эффективно сочетать интересы, использовать ресурсы, перераспределять и снижать риски государства и бизнеса. Причем при формировании партнерства необходимо учитывать реальные интересы обеих сторон, создать основу для взаимовыгодного и ответственного распределения их правомочий, не ущемляющих интересы каждой из них. Партнерство будет успешным только при наличии следующих основ: экономических (представленных различного рода ресурсами); социальных (готовность структур к взаимодействию); правовых (регулирующих взаимоотношения партнеров); организационных (координационные советы, экспертные советы и т.д.); психологических (выражается в положительном восприятии партнерами друг друга); ценностных и идеологических (учитывающих интересы сторон, при выработке единых подходов к решению проблем).

Выбор модели ГЧП является прерогативой государства и определяется им на основании того, в каких сферах и какого рода услуги могут стать предметом ГЧП. С позиции объекта диссертационного исследования автором разработан алгоритм реализации проекта строительства гостиницы для федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (ФЦССХ) в г.Астрахани, на основе концессионной модели (рис.5).



Рис.5. Алгоритм реализации инфраструктурного объекта ПНП «Здоровье» посредством ГЧП
Источник: составлено автором.

Для её реализации необходимо выполнение следующих действий: Минздрав РФ отбирает субъекты предпринимательства с целью создания на их основе ГЧП. Субъекты предпринимательства для участия в концессионном проекте должны соответствовать определенным качественным, количественным и индивидуальным характеристикам. Участники концессионного проекта разрабатывают паспорт проекта, который содержит основную информацию о технических и финансовых параметрах проекта, участниках проекта, принимаемых ими обязательствах и результатах реализации проекта, об объеме имущественных прав участников проекта на результаты реализации проекта. Паспорт проекта включает, в том числе, методику распределения рисков. Минздрав РФ координирует действия ответственных участников-исполнителей проекта.

Каждый партнер заинтересован в совместной деятельности и обладает значимыми стимулами для такого сотрудничества. В целом концессионный проект способствует реализации национально-значимой задачи (рис.6).



Рис.6. Концессионная модель инфраструктурного проекта «Гостиница для ФЦССХ, г.Астрахани»
Источник: составлено автором

Мотивация участия в партнерстве субъектов предпринимательства, связана с возможностями получения гарантированной прибыли от эксплуатации коммерческой инфраструктуры за счет образования конкурентных преимуществ. Мотивация участия в партнерстве государственного сектора обусловлена национальными целями: обеспечение конкурентоспособности услуг отечественного здравоохранения для удовлетворения потребностей населения, в том числе и зарубежных стран; привлечение частных источников финансирования для строительства и эксплуатации объектов инфраструктуры; повышение эффективности и результативности государственных расходов на здравоохранение; модернизация и переоснащение материально-технической базы ЛПУ; реализация ПНП «Здоровье».

С точки зрения повышения эффективности бюджетных расходов бесспорным преимуществом такой схемы реализации инвестиционных проектов является то, что привлекаемые средства частных инвесторов в полном объеме направляются на улучшение использования государственного федерального имущества. Концессионер, вкладывая собственные средства в концессионные, проекты, имеющие национальное значение, стремится и действительно обеспечивает максимальную эффективность на всех стадиях реализации проектов — как инвестиционной, так и операционной.

Управление проектом и управление рисками являются важным элементом успешной реализации проекта. При управлении рисками следует осуществлять мониторинг на всех этапах его цикла: обоснование приоритетов - выбор форм ГЧП - формирование элементов партнерства - управление конкурсом - управление контрактом - оценка эффективности. Распределение рисков во многом определяет целесообразность заключения договора и его конструкцию.

Организация управления рисками ГЧП-проекта предполагает выбор менеджера по рискам, проведение анализа действующего законодательства. В целях снижения рисков по реализации проекта можно предусмотреть резервы средств на непредвиденные инвестиционные и операционные расходы.

Таким образом, ГЧП предоставляет государственному и частному секторам, в рамках эффективного взаимодействия финансирования инфраструктуры здравоохранения, уникальную возможность распределить риски, обеспечивать взаимную дополнительную поддержку, способствует получению выгод и преимуществ для обеих сторон.

5. Сформулированы предложения по совершенствованию финансово-го механизма ОМС в разрезе функциональных блоков.

Исследование показало, российской модели ОМС присуща низкая экономическая эффективность, обусловленная системными противоречиями: несоответствие фактической и расчетной стоимости услуг; ограниченность в возможностях использования страховых принципов в экономической деятельности СМО в процессе формирования страхового фонда; отсутствие в ЛПУ достаточных финансовых стимулов в повышении качества услуг и индикаторов здоровья населения и др. С 01.01.2011 г. в соответствии с законом об ОМС субъектами являются: страховщики - Федеральный и территориальные фонды ОМС; страхователи - работодатели и органы исполнительной власти РФ; застрахованные - работающее и неработающее население и СМО. Размер бюджетных ассигнований на уплату страховых взносов на ОМС неработающего населения включает в себя в полном объеме финансовое обеспечение видов медицинской помощи и включенные в тариф на оплату медицинской помощи статьи расходов в соответствии с базовой программой ОМС на конкретный год. Аккумулируемые в ФФОМС страховые взносы за работающее и неработающее население будут перечисляться в форме субвенций территориальным фондам ОМС. Порядок финансирования определяется договором между СМО и территориальным фондом.

В регионах реализуется программы модернизации здравоохранения субъектов, средняя стоимость которых в 2012 г. составило 10 млрд.руб. Для исполнения базовой программы ОМС с учетом численности населения в 2011 г. для 143,2 млн. чел. потребовалось 567,55 млрд руб. При этом суммарные доходы фондов

ОМС (без учета дополнительных взносов в размере 2% от средств на оплату труда, направляемых на модернизацию здравоохранения) составили 356 млрд руб. Дополнительные средства были выделены субъектами РФ на ОМС неработающего населения. Особенности финансов здравоохранения и ОМС, а также ее результативность (хроническое недофинансирование, территориальная дифференциация, низкая оплата труда, ограничения в доступности услуг, тенденции продолжительности жизни и численности населения) требуют кардинальных подходов к реформированию механизмов финансового обеспечения здравоохранения.

Анализ финансового механизма ОМС, структуры и динамики финансовых потоков, направлений модернизации здравоохранения позволило сформулировать рекомендации по совершенствованию механизма ОМС, позволяющих достичь стратегических целей, сформулированных в Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 г. (табл.1).

Таблица 1

Предложения по совершенствованию механизма ОМС

Блок	Содержание предложения
Нормативно-правовой	Минздрав РФ должен инициировать разработку стратегии повышения качества жизни населения, предусмотрев в ней, помимо здравоохранения, развитие экологии, социальной инфраструктуры, пищевой и фармацевтической промышленности и т.д.
Планирования	Недофинансирование ЛПУ в существующей практике закладывается при определении на стадии планирования стоимости территориальных программ ОМС. Для повышения эффективности финансирования медико-санитарной помощи в условиях макроэкономической нестабильности важны приоритеты: улучшение координации действий внутри системы здравоохранения, с целью преодоления нерациональности в расходовании ресурсов вследствие раздробленности в предоставлении услуг. Территориальные программы ОМС должны быть сбалансированы по объемам услуг и размерам финансирования.
Ресурсный	.В условиях, когда рост финансовых ресурсов ОМС Правительство РФ планирует за счет увеличения объемов бюджетного финансирования, за счет текущих налоговых и неналоговых доходов, финансовая устойчивость системы ОМС зависит от налоговой динамики. Предлагается ввести обязательный тариф на страхование работающего населения (например, граждан, имеющих детей) по ставке 0,2% с последующим повышением при приведении трудовых отношений в соответствии с требованиями Международной организации труда, путем прямого вычета из начисленной зарплаты. .Практика распределения финансовых ресурсов в рамках ОМС предусматривает движение финансовых потоков от страхователей к фондам ОМС, далее к СМО и к ЛПУ. Данная конструкция является громоздкой и малоэффективной, поскольку: отсутствует единый субъект с функциями страховщика; между страхователями и конечными получателями средств, присутствуют федеральный и территориальные фонды ОМС, а также СМО как посредники. Такой вариант является иррациональным по причинам: повышения затрат на организационное функционирование системы; усложнения взаимодействия между отдельными звеньями системы и механизма контроля. .Создание единой структуры на первом уровне бюджетной системы - Фонда ОМС РФ с отделениями в регионах по аналогии с Пенсионным фондом России позволит концентрировать ресурсы и повысить финансовую устойчивость и эффективность системы здравоохранения.
Контрольно-аналитический	Необходимо усилить экспертный врачебный контроль со стороны СМО или фонда ОМС за соответствием стандартам предоставленных застрахованному медицинских услуг, для недопущения финансовых нарушений со стороны ЛПУ, в части определения объемов оказанных услуг и выставления счетов на их оплату

Источник: составлено автором

Реализация указанных предложений по совершенствованию финансового механизма ОМС в разрезе функциональных блоков позволит повысить рациональность расходования ресурсов, и тем самым способствовать достижению целей функционирования системы здравоохранения, при имеющихся ресурсах.

III. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПУБЛИКОВАНЫ В СЛЕДУЮЩИХ РАБОТАХ:

Монографии

1. Гамзатова А.Г. Методологические подходы модернизации финансового механизма системы здравоохранения в России. / В.Г. Акишкин, А.Г. Гамзатова / Волгоградское научное издательство, 2013. – 11,2 п.л. (5,6 п.л. автора).

Статьи в изданиях, рекомендованных ВАК

2. Гамзатова А.Г. К вопросу о необходимости реформирования системы оплаты медицинских услуг / А.Г. Гамзатова // Вестник Волгоградского института бизнеса, 2009. – 0,3 п.л.

3. Гамзатова А.Г. Модернизации финансового обеспечения здравоохранения в рамках проекта «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года» / А.Г. Гамзатова, В.Г. Акишкин// Научное обозрение. Серия 1. Экономика и право, №6, 2012. – 1,0 п.л. (0,5 п.л. автора).

Статьи и тезисы докладов в других изданиях

4. Гамзатова А.Г. Модели финансирования и источники финансовых ресурсов в здравоохранении / Гамзатова А.Г., Тюякпаева А.А. // Материалы международной научно-практической конференции «Учетно-аналитические инструменты развития инновационной экономики». – Астрахань: Издательство АГТУ, 2009. – 0,3 п.л. (0,2 п.л. автора).

5. Гамзатова А.Г. Пути оптимизации расходов на здравоохранение на уровне региона. / А.Г. Гамзатова // Махачкала, Дагестанский научный центр РАН, 2011. – 0,4 п.л.

6. Гамзатова А.Г. Организация финансов в системе здравоохранения России / А.Г. Гамзатова, Т.В. Лунева // Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы модернизации экономики, права и образования (региональный аспект)». – Астрахань, 2012. – 0,35 п.л. (0,2 п.л. автора).

7. Гамзатова А.Г. Теоретико-методические аспекты развития механизма государственного финансирования здравоохранения / А.Г. Гамзатова, А.Р. Евсева // Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы модернизации экономики, права и образования (региональный аспект)». – Астрахань, 2012. – 0,4 п.л. (0,2 п.л. автора).