Такмазян Аида Самвеловна. Бюджет развития здравоохранения регионального уровня : Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.10 : Ростов н/Д, 2000 208 c. РГБ ОД, 61:01-8/50-1

**Содержание к диссертации**

Введение

Глава 1. Система здравоохранения РФ и ее финансовое обеспечение в рыночных условиях 11

1.1. Здравоохранение как специфическая отрасль экономики и необходимость ее реформы 11

1.2. Источники финансового обеспечения текущих и капитальных расходов здравоохранения 35

1.3. Состояние инвестиционных процессов в сфере оказания медицинских услуг 59

Глава 2. Региональный аспект формирования бюджета развития здравоохранения (на примере Ростовской области) 70

2.1. Бюджет развития здравоохранения как механизм финансирования инвестиционных процессов в отрасли 70

2.2. Условия реализации бюджета развития здравоохранения 92

2.3. Методика формирования бюджета развития лечебно-профилактических учреждений Ростовской области 119

Глава 3. Методологические подходы к формированию рационального бюджета развития здравоохранения региона 153

Заключение 174

Список использованной литературы 180

Приложения 194

**Введение к работе**

Актуальность темы исследования. Здоровье и здравоохранение являются важнейшими компонентами социально-экономической системы государства, влияющими на все стороны его деятельности.

Социально-экономические и политические преобразования последнего десятилетия не могли не затронуть систему здравоохранения Российской Федерации. Функционирование отрасли в современных условиях происходит в сложной социально-экономической ситуации. Этим предопределена актуальность темы настоящего исследования, посвященного проблемам адаптации отрасли здравоохранения к быстро наступившим рыночным отношениям. Кроме того, необходимость адаптации лечебно-профилактических учреждений к рыночным условиям, происходящей в условиях жесткого дефицита денежных средств, в первую очередь, требует возмещения текущих затрат. Расходы на капитальный ремонт, новое строительство, приобретение прогрессивного оборудования и технологий в течение ряда лет не обеспечиваются. Вместе с тем, именно эта группа расходов определяет экономический потенциал отрасли в предстоящем периоде. Такое положение также предопределяет актуальность исследования.

Вопросы роли, значения и развития социально-культурной сферы в условиях рыночных преобразований отмечали в своих работах многие экономисты, в частности В. И. Егоров, И.В.Ветрова, Б. Жильцов, В. Д. Роик, В.М. Родионова, И.М. Шейман, Л. И. Якобсон и др.

Исследованию экономики здравоохранения посвящены труды И.М.Баяговой, Б. И. Бояринцева, В. П. Корчагина, В. К. Мслянченко, МП.Ройтмана, В.Н.Рутгайзсра, И. М. Шеймана, Л. И. Якобсона и др.

Модели реализации финансового механизма здравоохранения в условиях развития медицинского страхования изложены в публикациях В. В. Гришина, Р.Н.Зельковича, Ю. М. Комарова, В. И. Стародубова, В. 3. Кучеренко, Н.Н.Лебедевой, Ю. П. Лисицина, И. М. Шеймана и др.

Вместе с тем, вопросы инвестирования в здравоохранение недостаточно изучены. Теоретическая и практическая значимость и недостаточная разработанность проблемы использования финансовых средств на развитие медицинских учреждений обусловили выбор темы диссертационного исследования, его цели и задачи.

Цели и задачи исследования. Основная цель диссертационной работы заключается R обосновании концепции финансового обеспечения развития здравоохранения и разработке финансового инструментария, позволяющего аккумулировать инвестиционные потоки. Для реализации поставленной цезт в данном исследовании решаются следующие задачи:

• на основе оценки развития отрасли проанализированы и конкретизированы все возможные в современных условиях источники финансирования здравоохранения;

• обоснована необходимость из общего объема финансового обеспечения здравоохранения выделить ресурсы, направляемые для инвестирования отрасли;

• разработана методика формирования бюджета развития здравоохранения как механизма, аккумулирующего денежные средства для развития отрасли;

• определена необходимость и возможность формирования бюджета развития здравоохранения на примере медицинских учреждений в Ростовской области;

• предложена методика расчета рационального бюджета развития здравоохранения.

Предмет и объект исследования. Предметом диссертационного исследования являются экономические отношения, складывающиеся в процессе функционирования медицинских учреждений.

Объектом исследования выступает система финансового обеспечения здравоохранения Российской Федерации, Ростовской области, а также ряда лечебно-профилактических учреждений.

Степень обоснованности и достоверности рекомендаций и выводов, содержащихся в диссертации. Теоретической базой исследования явились фундаментальные исследования отечественных и зарубежных ученых в области экономики социальной сферы, экономики и организации здравоохранения, законодательные и нормативные акты органов государственной власти, Министерства здравоохранения, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, результаты экспертных оценок отечественных и зарубежных специалистов.

Методологической основой диссертационного исследования явились общие методы научного познания: сравнительного, системного, логико-смыслового анализа, а также экономико-математические методы.

Эмпирическая база исследования представлена данными Всемирной организации здравоохранения, Государственного комитета РФ но статистике, статистического управления министерства здравоохранения Ростовской области, Ростовского областного фонда обязательного медицинского страхования, а также документацией и финансовой отчетностью ряда лечебно-профилактических учреждений области.

А нализ статисти ческих данных проведен с п ри менен ием методов группировки, выборки, сравнения и обобщения. Для обработки информации использовались расчеты посредством электронных таблиц Microsoft Excel. Положения диссертации, выносимые на защиту.

I Процесс адаптации медицинских организаций к рыночным условиям хозяйствования характеризуется хроническим недостатком финансовых ресурсов, что обусловливает первоочередное возмещение только текущих затрат. Расходы же на капитальный ремонт, новое строительство, приобретение оборудования и технологий не входят в бюджетные приоритеты и в течение ряда лет практически не обеспечиваются. Именно инвестиционные вложения формируют экономический потенциал отрасли и обеспечивают эффективность деятельности учреждений в предстоящем периоде. Исходя из этого, В диссертационном исследовании определено изменение принципа распределения ресурсов: ориентация преимущественно на инвестиционные и долгосрочные подходы

2. Количественная и качественная неоднородность в формировании финансовых ресурсов медицинских организаций ставит последние в положение, при котором учреждения стремятся не только к максимальному привлечению денежных ресурсов из различных источников, а также к их концентрации и систематизации. Исходя из этого, при классификации денежных средств, поступающих в здравоохранение, необходимо, в первую очередь, учитывать такой признак классификации, как по направлению затрат (на текущие и капитальные расходы).

3. В условиях острого кризиса инвестиционной активности в здравоохранении необходимы обособление из общего объема финансовых ресурсов средств, направляемых на развитие отрасли, а также механизм, позволяющий их аккумулировать в целях строительства новых объектов здравоохранения, осуществления капитального ремонта, приобретения дорогостоящего оборудования, внедрения новейших технологий, а также обеспечивать их целевое использование. Таким механизмом может стать бюджет развития здравоохранения.

4. Сущность и функциональные проявления бюджета развития, в широком смысле, определяются как совокупность денежных отнопгений, возникающих в процессе формирования, распределения и использования фонда финансовых ресурсов, предназначенных для покрытия капитальных расходов.

В узком смысле, бюджет развития здравоохранения является финансовым инструментом привлечения и концентрации инвестиционных ресурсов в целях реализации инвестиционных проектов для развития здравоохранения. То есть, по материальному содержанию бюджет развития является государственным фондом денежных средств, направляемых на обеспечение расходов развития лечебно-профилактических учреждений

5. Источники формирования бюджета развития учреждений здравоохранения можно разделить на 3 группы: государственные: бюджетные - поступления от целевых программ, а также денежные средства, направляемые на приобретение дорогостоящего оборудования, новых технологий, капитальный ремонт, то есть развитие учреждения и внебюджетные - средства, поступающие по каналам обязательного медицинского страхования; собственные - средства, представляющие собой совокупность денежных средств, находящихся в хозяйственном обороте, и являющихся собственностью лечебно-профилактических учреждений, чакие как доходы от оказания медицинских услуг, другие виды дохода; заемные - денежные средства, временно находящиеся в распоряжении лечебно-профилактических учреждений, но не принадлежащие ему.

6. Формирование бюджета развития здравоохранения в регионе должно базироваться на идее взаимоувязанного развития регионального хозяйства как суперсистемы, бюджета развития региона как ее подсистемы, бюджета развития здравоохранения как подсистемы бюджета развития региона и бюджетов развития отдельных лечебно-профилактических учреждений, расположенных на территории данного региона. С учетом вышеизложенного, предлагается подход к определению рационального размера бюджета развития здравоохранения региона, базирующийся на идее моделирования бюджетов отдельных лечебно- профилактических учреждений (ЛПУ), определения ориентиров их совокупных потребностей в инвестиционных ресурсах и формирования на этой основе наиболее приемлемого для конкретного региона его бюджета развития здраво охран с н и я.

7. Особую актуальность в условиях разрушения единства системы управления приобретают вопросы управления новым финансовым инструментом, являющимся частью финансового механизма здравоохранения. Формируемый механизм управления бюджетом развития здравоохранения должен, с одной стороны, явиться органичной составляющей проводимой реформы системы управления здравоохранением, с другой, - максимально учитывать действующую систему управления отраслью для минимизации расходов по его формированию и функционированию.

Научная новизна проведенного исследования состоит в предложении концепции финансового обеспечения развития здравоохранения. Новыми являются следующие положения:

- за счет введения новых классификационных признаков расширена и уточнена классификация денежных средств, поступающих в здравоохранение. В частности, при формировании финансовых ресурсов отрасли следует учитывать характер необходимых вложений (средства, направляемые на текущие и капитальные расходы). Для выявления доминирующего потока поступления денежных средств в отрасль сопоставлены источники финансирования отрасли по видам плательщиков и по уровню формирования;

- определено, что ключевым моментом реформы финансового механизма здравоохранения является изменение принципа распределения ресурсов, поступающих в отрасль, а именно - преимущественность инвестиционных и долгосрочных подходов;

- обоснованы необходимость и возможность обособления из общего объема финансовых ресурсов средств, направляемых на развитие отрасли и формирование бюджета развития здравоохранения, как на уровне региона, так и отдельного лечебно-профилактического учреждения, что позволит при остром дефиците покрытия необходимых затрат обеспечить условия развития сети материально-технического обеспечения и, в свою очередь, существенно повысит качество медицинского обслуживания населения;

- определено содержание бюджета развития здравоохранения в широком смысле (как совокупность денежных отношений, возникающих в процессе формирования, распределения и использования фонда финансовых ресурсов, предназначенных для покрытия капитальных расходов) и узком (в качестве финансового инструмента привлечения и концентрации инвестиционных ресурсов в целях развития здравоохранения), а также рассмотрены методологические подходы к его формированию;

- сформулированы элементы системы управления бюджетом развития здравоохранения на примере Ростовской области в условиях существующей организации охраны здоровья. Предложенная система обеспечивает возможность применения разработанной схемы без дополнительных финансовых затрат на управление;

предложена методика расчета рационального бюджета развития здравоохранения, апробация данной методики произведена на практических материалах лечебно-профилактических учреждений Ростовской области.

Практическая значимость диссертационной работы. Выводы и предложения, сформулированные в диссертационном исследовании, применялись при разработке комплексной экономико-математической программы «Валеология в г.Ростове-на-Дону» (совместно с Администрацией города Ростова-на-Дону и Медицинским Центром «Гиппократ»), использовались в процессе реализации проекга Баренц Групп по теме «Оптимизация источников финансового обеспечения учреждений здравоохранения (на примере центральной районной больницы Мясниковского района)».

Разработанные в диссертации методические рекомендации и предложения, а также предложенная методика формирования бюджета развития здравоохранения, с учетом сложившихся экономических и демографических условий, могут быть использованы Министерством Здравоохранения Ростовской области, Ростовским областным Фондом обязательного медицинского страхования и отдельными лечебно-профилактическими учреждениями.

Теоретические положения диссертации применяются в учебном процессе при подготовке студентов по специализации «Государственные финансы».

Апробация результатов работы. Основные положения диссертационного исследования изложены на научно-практических конференциях, посвященных экономическим проблемам региона, теоретико-методологическом семинаре преподавателей, молодых ученых РГЭЛ.

Предложения и рекомендации нашли отражение в процессе выполнения работы но проекту Баренц Групп на тему «Оптимизация источников финансового обеспечения учреждений здравоохранения (на примере центральной районной больницы Мясниковского района)», где на основе проведенного экономического анализа предложены меры по дополнительному привлечению новых источников финансовых ресурсов, а также максимизации имеющихся. Основные положения и выводы, сформулированные в диссертационном исследовании, использовались при разработке комплексной экономико-математической программы «Валсология в г.Ростове-на-Дону», где обоснована необходимость инвестиций в строительство новой поликлиники на 500 посещений для взрослых и 200 - для детей, являющейся первым валеологическим учреждением области.

Структура работы. Диссертационная работа состоит из введения, 3 глав, включающих 7 разделов, заключения, списка использованной литературы и 9 приложений.

По теме диссертационного исследования опубликовано 12 работ общим объемом 1,9 п.л.

## Здравоохранение как специфическая отрасль экономики и необходимость ее реформы

Стремительный процесс трансформации административно-командной экономики в рыночную сопровождается рядом болезненных и негативных тенденций, к числу которых относятся: обвальное падение объемов производства и инвестиций, бюджетный и платежный кризис, нестабильность национальной валюты и инфляция, дезинтеграция финансово-кредитного сектора, разрушение научного потенциала и другие явления.

В результате экономических преобразований объем ВВП снизился по сравнению с 1990 годом почти на 60%, доля РФ в мировом продукте снизилась с 5% в 1990 году до 1,6 в 1997 году, утрачены масштабы производства, позволяющие сопоставлять отечественную экономику с крупнейшими производственными комплексами мира. [69J31]

Как известно, реформа экономики предполагает и социальную составляющую проводимых преобразований. Поэтому результаты реформы должны быть представлены не только экономическими, но и социальными показателями развития общества.

Комплексная оценка социально-демографического фактора развития общества (в соответствии с Программой развития ООП) анализируется с помощью индекса развития человеческого потенциала, характеризующего 3 аспекта развития личности:

уровень жизни;

средняя предстоящая продолжительность жизни;

уровень образования.

Так, уровень данного индекса в РФ в 1970 году составил 0,842 - 20-е место в мире, в 1992 году, несмотря на рост показателя, до 0,848 - уже 52-е место в мире, в 19% году - 0,780 и с 1997 года РФ впервые не входит в число стран с высоким уровнем развития населения. [131]

Значительное снижение социального уровня развития государства предопределено экономическим кризисом. Вместе с тем, получившие в последнее время актуальность исследования социально-культурной сферы в условиях рынка убедительно доказывают, что социально-культурная сфера кардинальным образом влияет на увеличение экономического потенциала общества и является одной из объективных предпосылок развития современного производства при условии достаточного финансирования.

Социально-культурный комплекс представляет собой совокупность отраслей, учреждений, видов деятельности, создающих, при помощи труда занятых в ней работников и применяемых материальных средств, объем услуг, поступающих в личное и общественное потребление. [137]

Особенность рассматриваемой сферы заключается в непосредственном воздействии результатов труда ее работников на личность и се развитие, а также участие в воспроизводстве трудовых ресурсов. Именно данная характеристика социально-культурного комплекса является основным критерием обособления его отраслей. [137]

Недооценка значимости развития социально-культур ного комплекса как цели и средства экономического роста явилась одной из основных причин стагнации отечественной экономики. Последние десятилетия свидетельствуют о том, что наиболее важным источником экономического роста является фактор научно-технического прогресса, исходя из чего, неотъемлемые условия развития экономической системы - высокий уровень жизни, образования, здоровья, квалификации работающих. Следовательно, социально-культурная сфера, где создаются условия, формирующие уровень развития личности, то есть трудовой потенциал экономического роста, безусловно, должна стать приоритетной в современных условиях развития.

## Бюджет развития здравоохранения как механизм финансирования инвестиционных процессов в отрасли

Ввод в действие больниц (на тыс. коек) в первом полугодии 1995 года составил 2,4; за аналогичный период 1998 года - 1,5, то есть, данный показатель сократился почти на 60%. Об уровне инвестиций свидетельствуют следующие данные: ввод в действие больничных учреждений в первом полугодии 1998 года составил 136,4% к соответствующему периоду прошлого года. Однако в первом и втором кварталах 1997 года рассматриваемый показатель составил 60% к 1996 году, в 1996 году данное отношение достигало 77,5% к 1995 году. Строительство амбулаторно-поликлинических учреждений также сократилось с 7,9 тыс. посещений в смену в 1995 году до 5 тыс. в 1998 году, то есть более, чем на 40%. При этом прослеживается тенденция к максимальному увеличению объема строительства объектов к концу года.

Для сравнения, ввод в действие амбулаторно-поликлинических учреждений на территории РСФСР (тыс. посещений в смену) в 1975 году составил 86,7, в 1980 году - 77,7; в 1985 году - 36,7; ввод в действие больничных учреждений (тыс. коек) составил 40,9, 37,2, 31,6 соответственно, то есть за десять лет строительство объектов здравоохранения сократилось почти в три раза.

Приведенный в первой главе данной работы комплексный анализ финансирования отрасли свидетельствует, что средства учреждений здравоохранения, формируемые из различных источников, используются, главным образом, на расходы по текущему содержанию этих учреждений, а именно; расходы по оплате труда, начисления на заработную плату, хозяйственные расходы, медикаменты и питание. Так, в общей сумме затрат лечебно-профилактических учреждений (в рамках обязательного медицинского страхования) в 1997 и 1998 годах расходы на оплату труда и начисления па нее превышали 50% общего объема, хозяйственные расходы составляли свыше 10%, а на развитие медицинских организаций приходилось лишь 7%. [114,149,150]

Такое положение свидетельствует о том, что процесс адаптации медицинских организаций к новым условиям хозяйствования, в первую очередь, требует возмещения только текущих затрат, не затрагивая проблем развития, реконструкции и переоснащения отрасли современным медицинским оборудованием.

Расходы на капитальный ремонт, новое строительство, приобретение оборудования и технологий не входят в приоритетную группу финансируемых расходов и в течении ряда лет практически не обеспечивают имеющейся потребности.

Однако именно вложения в эту группу совокупных расходов формируют экономический потенциал отрасли и обеспечивают эффективность деятельности учреждений в предстоящем периоде.

В связи с данной ситуацией представляется правомерным ориентировать учреждения сферы здравоохранения, в части расходов развития, не только на активное привлечение денежных средств за счет различных источников, но и на формирование собственных.

Таким образом, не умаляя значимости финансирования текущих расходов и покрытия необходимых затрат на развитие медицинских учреждений, в условиях дефицита, возникает необходимость формирования такого финансового механизма, который позволил бы как на региональном уровне, так и на уровне отдельного медицинского учреждения аккумулировать средства, направляемые на развитие ЛПУ. Таким механизмом, на наш взгляд, может стать бюджет развития здравоохранения.

## Методологические подходы к формированию рационального бюджета развития здравоохранения региона

Разработанные во второй главе теоретические вопросы необходимости и возможности создания бюджета развития здравоохранения позволили автору предложить подходы к формированию рационального бюджета развития здравоохранения в регионе.

Бюджет развития здравоохранения любого региона, рассматриваемый как часть совокупного бюджета развития, формируемого в конкретном регионе, является, с позиций системного подхода, неотъемлемой составной частью системы регионального производства или его функциональной подсистемой. Поэтому, в соответствии с принципами системного подхода, исследования, связанные с его (бюджета развития здравоохранения) рациональным формированием в регионе, должны базироваться на идее взаимоувязанного развития; регионального хозяйства как суперсистемы, бюджета развития региона как ее подсистемы, бюджета развития здравоохранения как подсистемы бюджета развития региона и бюджетов отдельных лечебно-профилактических учреждений, расположенных на территории данного региона.

Исходя из этого, подходы к формированию оптимальной структуры и наиболее приемлемого размера такого бюджета в конкретном регионе должны учитывать, с одной стороны, влияние макроэкономических факторов ( общие тенденции развития российской экономики в конкретный временной период, уровень инфляции, состояние фондового рынка, развитие инвестиционных процессов и т.д.), проявляющихся в показателях развития регионального хозяйства; с другой - максимально полно учитывать совокупные потребности в бюджетных вливаниях всех лечебно-профилактических учреждений, действующих на территории данного региона, через оценку потребностей в таких инвестициях каждого отдельного лечебно-профилактического учреждения. Причем, расчеты должны проводиться с учетом фактора времени, поскольку последний, применительно к реалиям российской экономики, является одним из существенных ограничений в процедуре принятия эффективных управленческих решений.

Как и во всех областях общественной жизни, в сфере здравоохранения можно выделить два принципиальных подхода к определению размера бюджета развития (в данном случае - бюджета развития здравоохранения): нормативный и статистический.

Нормативный подход, как наиболее полно учитывающий перечисленные выше требования системного подхода к исследованиям и приоритет макроэкономических факторов развития региона и экономики страны в целом перед локальными потребностями в инвестициях отдельных медицинских учреждений, опирается на следующие положения.

Во-первых, при таком подходе должен определяться некий верхний (максимальный) уровень потребностей в медицинских услугах. Например, в экономически развитых сіранах сегодня сложилась такая обеспеченность услугами ЛПУ: на 10000 населения в США приходится всего лишь 51 койка, во Франции - 92, в Швеции - 62 при условии высокой квалификации врачей и наличии в достаточном количестве высокого профессионального уровня среднего медицинского персонала. Этот уровень обеспеченности исторически подвижен, поскольку зависит от уровня развития общества конкретной страны практически во всех его аспектах. Тем не менее, действительные (то есть реальные) потребности населения могут быть заданы в виде некоторого набора "идеальных", или научно обоснованных целевых нормативов потребления данного вида услуг.