

На правах рукописи

РАХИМОВ АНТОН АЛИЕВИЧ

**РАЗВИТИЕ ФИНАНСОВОГО МЕХАНИЗМА
ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Специальность 08.00.10 – Финансы, денежное обращение и кредит

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата экономических наук

Москва-2011

Работа выполнена на кафедре «Финансы и кредит» Всероссийской государственной налоговой академии Министерства финансов Российской Федерации

Научный руководитель: доктор экономических наук,
профессор
Ишина Ирина Валериевна

Официальные оппоненты: доктор экономических наук,
профессор
Годин Александр Михайлович

доктор экономических наук,
профессор
Восколович Нина Александровна

Ведущая организация Государственный университет
управления

Защита состоится «7» июня 2011 года в 16 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 226.003.01 при Всероссийской государственной налоговой академии Министерства финансов Российской Федерации по адресу: 109456, Москва, 4-й Вешняковский проезд, д.4, ауд. 113.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Всероссийской государственной налоговой академии Министерства финансов Российской Федерации.

Автореферат разослан « 6 » мая 2011 года.

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских диссертаций
кандидат экономических наук, доцент

В.М. Смирнов

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. В соответствии с Конституцией Российской Федерации государство выступает гарантом реализации целого ряда социальных обязательств, включая обеспечение их выполнения соответствующими финансовыми ресурсами. Одним из значимых для государственной поддержки социальных обязательств выступает здравоохранение. Приоритетность развития и совершенствования финансовых условий его функционирования обуславливают серьезные негативные тенденции, складывающиеся в последние годы в нашей стране и характеризующие здоровье населения. Поэтому необходимость обеспечения развития здравоохранения, отвечающего современным требованиям и потребностям населения страны, подчеркивается во многих принятых и обсуждаемых в течение последних лет социально и экономически значимых программных документах¹, одной из ключевых задач которых является развитие и совершенствование финансовых основ обеспечения его деятельности.

Анализ практики распределения и использования финансовых потоков здравоохранения свидетельствует о постепенном замещении объемов государственного финансирования негосударственными источниками средств, что фактически приводит к сужению финансово-экономических основ деятельности государственной системы здравоохранения и усложнению реализации равного доступа и прав для всех слоев населения на получение услуг здравоохранения. Это определяет необходимость проведения комплексного исследования каналов движения финансовых потоков в системе здравоохранения, источников их формирования, нормативной финансовой базы развития здравоохранения, возможностей использования различных форм взаимодействия государства и предпринимательских структур в финансировании здравоохранения. Все

¹ «Национальный проект «Здоровье», «Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020г.», «Стратегия развития здравоохранения РФ до 2020г», «Концепция развития здравоохранения РФ до 2020г.» и ряд других.

приведенные положения актуализируют проблемы обоснования и развития финансового механизма функционирования системы здравоохранения адекватного ее целям, задачам и функциям в современном российском обществе.

Степень научной разработанности проблемы. Исследования общих и специальных проблем теории общественного сектора и общественных финансов проводятся зарубежными и отечественными учеными, находят отражение в научной и специальной литературе.

Фундаментальные разработки в области теории и методологии общественного сектора представлены в трудах отечественных и зарубежных ученых: А.М. Бабича, Н.А. Восколович, Е.Н. Егорова, Е.Н. Жильцова, В.М. Зуева, А. Пигу, Дж. Ю. Стиглица, Т. Шульца, Л.Я. Якобсона.

Исследованию теории общественных финансов посвящены труды А.М. Година, Г.И. Здоровцева, В.П. Иваницкого, И.В. Ишиной, С.Е. Лариной, И.Д. Мацкуляка, Б.Г. Поляка, М.В. Романовского, В.М. Родионовой Б.М. Сабанти, В.К. Сенчагова, В.А. Слепова.

В работах С.Ю. Глазьева, Н.Г. Гловацкой, Ю.М. Комарова, М.М. Левкевич, А.М. Таранова, И.М. Шеймана, Чубаровой Т.В., С.В. Шишкина, Л.И. Шолпо, О.П. Щепина, Г.Э. Улумбековой, М. Фотаки и ряда других авторов сформулированы концептуальные подходы к формированию финансового обеспечения деятельности системы здравоохранения.

Некоторые вопросы, имеющие отношение к рассматриваемой в диссертации проблеме рассмотрены в трудах, содержащих результаты исследований в смежных областях.

Вместе с тем проводимые исследования, рассматривая различные стороны и аспекты, связанные с развитием финансового механизма здравоохранения, пока еще не сформировали достаточно полное, целостное понимание областей, границ и источников финансового обеспечения системы здравоохранения, форм и методов увеличения объемов ее финансирования.

Потребность в дальнейшем решении этого круга задач определила выбор цели, задач, логику построения диссертации и проведения исследования.

Целью исследования является обоснование путей совершенствования механизма государственного обеспечения деятельности учреждений здравоохранения в современных условиях российской экономики.

В соответствии с целью исследования в работе были поставлены и решены следующие задачи:

- исследовать теоретические аспекты финансового обеспечения государственных учреждений здравоохранения и определить роль государства в процессе финансирования;

- провести анализ экономических условий совершенствования развития механизма социального страхования в финансировании здравоохранения;

- выявить пути совершенствования концептуальных основ формирования нормативной базы финансирования здравоохранения и методических подходов к расчету подушевых финансовых нормативов;

- определить наиболее значимое направление развития института государственно-частного партнерства в здравоохранении и проанализировать финансовые схемы его функционирования в интересах общества и населения страны.

Объектом исследования является система финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации.

Предметом исследования являются финансовые процессы системы здравоохранения.

Теоретической и методологической основой исследования послужили научные концепции, содержащиеся в фундаментальных трудах отечественных и зарубежных ученых в области теории общественных финансов и бюджета, финансов здравоохранения, государственно-частного партнерства. В основу проведения исследования положены диалектические принципы, которые позволили выявить сущностные характеристики исследуемых процессов, формы их проявления, выделить присущие им

противоречия и определить тенденции развития. Исследование проводилось с использованием методов и приемов логического, системного, сравнительного и статистического анализа, научной абстракции.

Информационную базу исследования составили законодательные и другие нормативные документы Российской Федерации, регламентирующие финансовые аспекты функционирования системы здравоохранения, материалы Федеральной службы государственной статистики, данные Министерства финансов Российской Федерации, Федерального казначейства (казначейства России), Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, монографические научные публикации зарубежных и отечественных авторов по проблемам, относящимся к теме диссертации, материалы научных обсуждений, публикации в периодической печати и на официальных сайтах в Интернете по рассматриваемым в диссертации вопросам, собственные разработки и расчеты автора.

Научная новизна исследования состоит в обосновании концептуальных подходов к развитию финансового механизма государственного обеспечения здравоохранения за счет оптимизации финансовых потоков в целях более эффективного формирования, распределения и использования ресурсной базы финансирования здравоохранения.

Основные научные результаты, полученные лично автором и их научная новизна, заключаются в следующем:

- определена необходимость усиления государственного регулирования финансовых потоков, направляемых в здравоохранение с учетом его социально-экономической значимости для государства, общества и каждого конкретного человека;

- сформулированы авторские предложения по развитию страхового механизма финансирования здравоохранения на основе консолидации

финансовых ресурсов, поступающих по каналам обязательного медицинского и социального страхования и создания на этой основе целевого государственного фонда социального страхования;

- предложен концептуальный алгоритм совершенствования методических подходов к разработке подушевых нормативов финансирования здравоохранения как основы объективной оценки объемов его финансового обеспечения и выполнения стратегических приоритетов развития социальных программ;

- разработаны алгоритм и модель взаимодействия государственных институтов и субъектов предпринимательства через институт государственно-частного партнерства в финансировании здравоохранения; предложена система критериев позволяющая осуществлять отбор субъектов предпринимательства для участия в государственно-частном партнерстве.

Теоретическая значимость результатов диссертации определяется разработанными в нем методологическими подходами к исследованию финансового механизма обеспечения деятельности системы здравоохранения, формированию комплекса основных принципов его построения.

Практическая значимость результатов диссертации определяется возможностью их использования в целях определения путей совершенствования финансовых инструментов развития системы здравоохранения при уточнении положений и параметров законодательно-нормативной базы регламентирующей финансовые условия функционирования сферы здравоохранения, а также возможностью реализации при проведении учебного процесса по подготовке и переподготовке специалистов по специальности 060502 «Экономика и управление на предприятии здравоохранения» (специализации «Финансовое управление на предприятии здравоохранения»).

Апробация результатов диссертации. Основные положения и результаты исследования докладывались на ряде научно-практических

конференций: Международной научно-практической конференции «Тенденции и перспективы развития современного общества: экономика, социология, философия, право» (Саратов, 2009г.); Международной научно-практической конференции «Модернизация и перспективы развития современного общества (экономический, социальный, философский, правовой аспекты)» (Саратов, 2010г.); 12 Международной межвузовской научно-практической конференции «Национальные интересы РФ и финансовое оздоровление экономики» (Москва, 2010г.); Межвузовской научно-практической конференции «Общество-Экономика-Право в условиях модернизации России» (Москва, 2011г.).

По теме диссертации лично автором опубликованы 8 работ общим объемом 3,1 п.л., из них 3 работы в издании, рекомендованном ВАК Минобрнауки России.

Структура и содержание диссертационной работы обусловлены целью, поставленными задачами, логикой исследования и раскрываются во введении, трех главах, заключении, списке использованной литературы, приложениях. Наглядность изложения материала диссертации обеспечена таблицами и рисунками.

II. ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

Определена необходимость усиления участия государства в формировании финансовых потоков, направляемых в здравоохранение с учетом его социально-экономической значимости.

Здравоохранение является мощным источником обеспечения экономического и социально-нравственного развития страны, формирования общественного менталитета. Существенная роль здравоохранению отводится в решении глобальных общечеловеческих и государственных проблем обеспечения экономической и национальной безопасности, прежде всего, с позиций выполнения здравоохранением функций по поддержанию высокого уровня жизни населения, воспроизводству трудового потенциала - человеческого фактора производства. Важность развития здравоохранения как условия обеспечения формирования человеческого капитала подчеркивается и в документах международных организаций, в частности Всемирного банка, Международного валютного фонда, Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Причем по имеющимся экспертным оценкам человеческий капитал обладает высокой значимостью в формировании национального богатства, составляя в его структуре, например, в США 76%, странах ЕС 74%, России – 50%.

Таким образом, существует объективная, порождаемая самим ходом общественного прогресса тенденция развития здравоохранения как социально-экономического института, оказывающего активное воздействие, во-первых, на население на основе создания условий для поддержания его здоровья; во-вторых, на государство, через формирование человеческого фактора производства и, в-третьих, общество за счет генерации благоприятной среды его жизнедеятельности. Поэтому развитие здравоохранения должно быть направлено на увеличение доступа к качественным его услугам.

В диссертации показано, что обеспечение доступа к услугам здравоохранения существенно ограничивается факторами, лежащими в плоскости финансово-экономических условий формирования бюджетов, субъектов РФ и Территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Также неравенство доступа к услугам здравоохранения генерируется существенной дифференциацией доходов населения, превышающей в России 16,7 раз² и имеющей тенденцию к увеличению. Подобная ситуация дает возможность более богатым россиянам пользоваться не только бесплатными медицинскими услугами, но и приобретать их на возмездной основе. И именно малообеспеченная категория населения фактически выталкивается рыночными отношениями, создающими объективную экономическую почву серьезного разрыва в уровне доходов населения из потребления услуг здравоохранения.

Следует отметить, что конкретная полнота прав на здравоохранение, доступа к его услугам и их реальное обеспечение является прерогативой каждого государства и отражает особенности социально-экономического менталитета общества и государства. В связи с этим в диссертации показано, что имеются существенные различия в решении этого вопроса в отдельных странах, но практически в каждой стране признается необходимость создания соответствующих финансово-экономических условий для получения услуг здравоохранения каждым человеком.

Проведенное в работе рассмотрение финансовых потоков системы здравоохранения зарубежных стран показало, что ее обеспечение строится не только на основе государственного финансирования, но и частных инвестиций. По данным ВОЗ³ за период с 2005 по 2008гг. в США доля государственного финансирования в общем объеме финансовых ресурсов здравоохранения составляла от 44% (в 2005г.) до 46% (в 2008г.), остальная часть финансирования осуществлялась из частных источников. В Канаде это

² Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики www.gks.ru

³ Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения теоретические аспекты (научный доклад). М.: Институт экономики РАН. 2008.

соотношение в среднем определялось структурой 70/30, в Германии – 76/24, в Великобритании – 82/18, в России – 65/35. Остановившись на частных источниках финансирования, отметим, что, как правило, они являются дополнением к сложившейся и достаточно финансово устойчивой и сильной системе государственного финансирования, но в нашей стране положительная динамика частного финансирования здравоохранения формируется не только из-за дефицитности государственных ресурсов на эти цели, но и постепенного их сознательного замещения. При этом следует отметить, что в большинстве стран с развитой рыночной экономикой важнейшим источником финансирования системы здравоохранения, по-прежнему, остается государственный бюджет. Это характерно для Норвегии, Бельгии, Люксембурга, Исландии, Дании, Португалии.

ВОЗ проводит постоянный мониторинг состояния национальных систем здравоохранения, используя показатели, основными из которых являются: соотношение долей государственных и частных расходов на здравоохранение, процент общих расходов к ВВП, расходы на душу населения. По одному из рекомендованных 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 на 10% от США, где этот показатель составляет 16%.

Имеется существенное отставание России от развитых стран Европы и Америки и по ряду других рекомендуемых ВОЗ показателям, что видно из таблицы 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика государственных расходов на здравоохранение по странам (2005-2008гг.)

	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год	
	ОГРЗ к общим государственным расходам(%)	ОГРЗ на душу населения по паритету покупательной способности (долл.)	ОГРЗ к общим государственным расходам (%)	ОГРЗ на душу населения по паритету покупательной способности (долл.)	ОГРЗ к общим государственным расходам (%)	ОГРЗ на душу населения по паритету покупательной способности (долл.)	ОГРЗ к общим государственным расходам (%)	ОГРЗ на душу населения по паритету покупательной способности (долл.)
Австралия	16,8	1 992	17,1	2 109	17,6	2 266	17,6	2 343
Великобритания	15,3	2 206	15,7	2 367	15,6	2 446	15,6	2 674
Германия	17,5	2 577	17,9	2 660	18,2	2 758	18,2	2 837
Канада	17,7	2 439	17,8	2 586	18,1	2 730	18,1	2 860
Россия	10,1	383	10,8	443	10,2	512	10,2	568
США	18,9	2 916	19,6	3 139	19,5	3 317	19,2	3 506

Рассчитано по данным официального сайта ВОЗ www.int/ru/

Как показывают данные таблицы, по таким показателям, как общие государственные расходы на здравоохранение (далее – ОГРЗ) в процентах от всех государственных расходов государств-членов ВОЗ и ОГРЗ на душу населения по паритету покупательной способности (ед. национальной валюты за доллар США) наша страна существенно отстает от ведущих мировых держав. Например, доля государственных расходов на нужды здравоохранения в России почти в два раза меньше, чем в США, несмотря на то, что объемы государственных расходов на здравоохранение постоянно возрастают, что видно из таблицы 2.

Таблица 2

Прирост государственного финансирования здравоохранения

	2006г./2005г.	2007г./2006г.	2008г./2007г.	2009г./2008г.
в абсолютных значениях (млн. руб.)	75 931,48	382 076,37	308 543,98	106 699,84
в %	9,7	44,6	24,9	6,9

Как видно из таблицы 2 самое значительное увеличение расходов более чем на 44% приходится на докризисный 2007 год.

Говоря о возрастании объемов финансирования, необходимо сопоставить данные прироста расходов на здравоохранение с учетом коэффициента индекса-дефлятора, в результате прирост государственных расходов на здравоохранение в 2006г. по сравнению с 2005г. составил 0,7%, а в 2009г. по сравнению с 2008г. фактического прироста не было, что связано не только с высоким уровнем инфляции, но и общим снижением бюджетного финансирования, связанного с неблагоприятной финансовой ситуацией в стране.

В диссертации на основе проведенного сравнительного анализа финансовых аспектов развития здравоохранения в России и ряде развитых стран сделан вывод, что с позиций обеспечения формирования условий функционирования и деятельности системы здравоохранения в интересах населения, государства и общества, страны с развитой рыночной экономикой имеют более социально ориентированный финансовый механизм. Подобное положение порождает не только финансовую дефицитность самой системы здравоохранения, но и не дает возможности для проведения единой для всех пользователей услугами здравоохранения государственной политики. Эти положения определяют необходимость усиления финансового участия государства в развитии здравоохранения.

Следует отметить, что, позиционируя себя как социальное государство, в соответствии с Конституцией Российской Федерации, наша страна, реализуя финансово-бюджетную политику, все более отдаляется от принципиальных характеристик, являющихся доминирующими основами социального государства. Особенно ярко это положение отражено в Федеральном законе №83 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

С принятием этого закона появились основания для определенных изменений в правовом статусе существующих бюджетных учреждений, которые являются некоммерческими организациями, создаваемыми для выполнения работ, оказания услуг в сфере науки, образования, здравоохранения, культуры, социальной защиты, занятости населения, физической культуры и спорта, а также в иных сферах.

Таким образом создавать бюджетные учреждения можно практически во всех сферах, связанных с решением социальных проблем населения и в частности в здравоохранении, которое как раз и было выбрано в качестве приоритетов развития бюджетных учреждений.

Одним из важных положений в части обоснования финансового механизма деятельности бюджетных учреждений является немаловажное обстоятельство, связанное с распределением полученных доходов. Нормы закона фактически разрешают бюджетным учреждениям заниматься деятельностью связанной с извлечением доходов и распоряжаться самостоятельно ими, без регламентации по направлениям использования, что фактически приравнивает бюджетные учреждения по сфере финансовых полномочий к коммерческим организациям. Основные функции бюджетных учреждений представлены на рис. 1



Рис. 1. Функции бюджетных учреждений в процессе реализации деятельности

Таким образом, как видно на рис.1 бюджетные учреждения практически имеют те же степени свободы в осуществлении деятельности, как и раньше. Вместе с тем, фактическое выполнение своих обязанностей под государственным контролем они могут осуществлять лишь в рамках государственного (муниципального) заказа, получение которого также должно регламентироваться соответствующим законодательством. При этом, как показано в работе, в число заказчиков услуг здравоохранения не включаются граждане, которые имеют собственные интересы с позиций потребителей этих услуг. Поэтому в диссертации сделан вывод, что государственный заказ на развитие здравоохранения и соответствующий механизм его финансового обеспечения в социальном государстве должен формироваться с учетом общей суммы интересов и потребностей государства, общества, населения, имеющих зачастую противоречивый характер. В противном случае государственное финансовое обеспечение здравоохранения будет не только сужено имеющимися у государства возможностями бюджетного финансирования, но и весь объем услуг здравоохранения, оказываемой сверх государственного заказа будет финансироваться из средств населения, и выведен из-под государственного контроля.

Сформулированы авторские предложения по развитию страхового механизма финансирования здравоохранения на основе консолидации финансовых ресурсов, поступающих по каналам обязательного медицинского и социального страхования и создания на этой основе целевого государственного фонда социального страхования.

Проведенный в диссертации анализ структуры финансовых потоков здравоохранения поступающих в систему из государственных источников показал, что средства бюджетов всех уровней составляют в государственных расходах около 65%, а средства обязательного медицинского страхования — 35% с учетом включения в средства обязательного медицинского страхования взносов на неработающее население. В то же время финансовое

обеспечение формирования Территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи осуществляется в основном за счет средств обязательного медицинского страхования. И их наполнение имеет ежегодный дефицитный характер. При этом сложилось существенное неравенство к доступу к услугам здравоохранения в зависимости от места проживания застрахованного.

Застрахованные в системе обязательного медицинского страхования не имеют финансовых гарантий получения медицинской помощи бесплатно, в определенном, выбранном ими медицинском учреждении и в объемах, соответствующих тяжести заболевания. Несмотря, на эти негативные положения, характеризующие современную систему обязательного медицинского страхования, с принятием в 2010г. Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 2013г. предполагается переход на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования и постепенное уменьшение объемов средств в здравоохранение, поступающих по бюджетным каналам. И уже до практической реализации механизма одноканального финансирования принят ряд документов, в соответствии с которыми предлагается позитивно оценивать предлагаемые варианты финансового обеспечения здравоохранения. Так, в действующей с 2007г. «Методике оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» в качестве критерия, положительно оценивающего деятельности органов власти с позиций повышения эффективности предложено рассматривать долю государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения, переведенных преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. Как показывает практика исполнения Территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, серьезный дефицит их приводит к невыполнению заявленных объемов подушевых нормативов

финансирования здравоохранения и причины здесь носят не только финансово-экономический, но и организационный характер, выражающийся в недостаточном контроле и открытости процедур прохождения ресурсов, выделяемых на здравоохранение по различным финансовым каналам. Аккумуляция всех объемов финансовых средств здравоохранения в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования РФ (ФФОМС) имеет достаточно позитивную цель: обеспечить выравнивание финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования в субъектах РФ. Но, во-первых, мало вероятно, что она будет достигнута в условиях повсеместного дефицита: бюджетов субъектов РФ, которым дано право предоставлять субвенции в ФФОМС РФ, бюджета самого фонда и федерального бюджета, который является основным источником предоставления финансовой помощи по звеньям бюджетной системы. И второе, решение государства о введении одноканального финансирования по сути будет означать ослабление его функциональной роли в процессе распределения, регулирования, использования и контроля финансовых потоков здравоохранения, что может привести, как показывает практика работы отдельных государственных внебюджетных фондов к финансовым злоупотреблениям.

Для обеспечения более эффективного страхового механизма здравоохранения в диссертации обосновывается необходимость усиления принципа солидарной ответственности. Более полная его реализация в практике российского здравоохранения должна осуществляться по нескольким направлениям, прежде всего, в рамках внесения изменений в действующую главу 23 Налогового кодекса РФ. В настоящее время поступления от налога на доходы физических лиц полностью поступают в бюджеты субъектов РФ и замена пропорциональной шкалы налогообложения доходов на прогрессивную обеспечит серьезный прирост доходной части субфедеральных бюджетов и позволит увеличить объемы финансовых средств, направляемых из этого источника на финансирование

услуг здравоохранения неработающей части населения. Практика прогрессивного налогообложения доходов существует во всех развитых странах, где доходы богатых представителей населения облагаются по ставке 50% и более процентов.

Следует так же принять более взвешенное и обоснованное решение по совершенствованию страховых платежей в бюджеты государственных внебюджетных фондов. С 2010г. произошла замена уплаты ЕСН на страховые взносы, в частности в систему медицинского страхования они составляют 5,1% от доходов работников и перечисление их осуществляется до тех пор, пока совокупный доход не превысит 463000 руб. Подобная практика, по мнению законодателей обеспечивает открытую, прозрачную заработную плату, поощряя тем самым добросовестных налогоплательщиков и налоговых агентов. Рассматривая позицию разработчиков законодательных норм со стороны финансового обеспечения здравоохранения отметим, что в результате плоской шкалы начисления страховых взносов, и лимитирования их в зависимости от размеров совокупного дохода, система здравоохранения недополучает значительные объемы денежных средств, за счет которых как раз и должен выполняться принцип солидарной ответственности, реализуемый через перераспределение финансовых ресурсов от более обеспеченных к менее обеспеченным, категория которых представлена в основном утратившими трудоспособность людьми, наиболее остро нуждающимися в услугах здравоохранения либо детьми. Здесь важно отметить, что эта мера является очень значимой в финансовом отношении, поскольку в настоящее время в России происходит постарение населения.

Кроме того, нуждается в серьезном реформировании, по мнению автора, существующая в нашей стране практика функционирования нескольких государственных фондов, выполняющих практически единые функции. Так, например, Фонд социального страхования РФ (ФСС) имеет аналогичные с ФОМС РФ источники финансирования, реализует принцип солидарной ответственности и косвенно связан с системой здравоохранения

через выплату больничных листов. Поэтому проведенное в диссертации исследование позволило автору сформулировать предложение о создании целевого федерального государственного социального фонда на основе объединения бюджетов ФОМС РФ и ФСС РФ с целью единого их администрирования и выполнения функций по реализации финансового механизма здравоохранения и социального обслуживания с четким разграничением сфер деятельности и ответственности.

Предложен концептуальный алгоритм совершенствования методических подходов к разработке подушевых нормативов финансирования здравоохранения как основы объективной оценки объемов его финансового обеспечения и выполнения стратегических приоритетов развития социальных программ.

Повышение эффективности системы финансирования здравоохранения в части государственной бюджетной ее составляющей предполагает наличие в качестве основного, исходного показателя - норматива финансирования, который отражал бы реальную стоимость определенной медицинской услуги. Необходимость данного норматива определена не только нормативными актами, в частности разрабатываемыми с 1999г. Программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, но и вытекает из самой логики формирования финансового механизма обеспечения системы здравоохранения, в котором принципы рыночных отношений не могут обеспечить рационального распределения ресурсов. В связи с этим аналогом цен как регуляторов распределения государственных финансовых средств, необходимых для производства и реализации услуг здравоохранения, здесь должны служить нормативы бюджетного финансирования, выступающие расчетными инструментами, определяющими необходимые объемы бюджетных ассигнований.

Следует отметить, что в соответствии с Программами государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной

медицинской помощи определены каналы финансирования, включающие бюджетные ассигнования всех бюджетов бюджетной системы РФ, в том числе средства бюджетов государственных фондов обязательного медицинского страхования; дифференцированные объемы нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи; подушевые нормативы финансового обеспечения; порядок и структуру тарифов на медицинскую помощь.

Проведенный в диссертации анализ действующего финансового обеспечения предоставления бесплатной медицинской помощи через соответствующие территориальные программы показал, что при имеющихся средних показателях, содержащихся в Программах государственных гарантий, в наибольших объемах финансирование здравоохранения осуществляется в регионах с высокими показателями ВРП. При этом, как показывают проведенные в работе исследования, в 2008г. в 30 из 83 субъектов РФ подушевые нормативы превышали средние их значения по России, в 2009г. только в 26 субъектах РФ, а все остальные регионы имели значения подушевых нормативов ниже средне российского уровня. Прослеживаемая тенденция со всей очевидностью свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования нормативной финансовой базы здравоохранения, поскольку только на ее основе можно определять с высокой степенью точности и достоверности необходимые объемы финансовых ресурсов здравоохранения. Исходя из этого, в диссертации обоснована последовательность действий, реализация которых позволит принимать более взвешенные управленческие решения при формировании объемов бюджетного финансирования здравоохранения и разработке его нормативной базы. При разработке нормативов необходимо исходить из экономически важного основания, что они реализуют несколько функций: определяют место здравоохранения в системе приоритетов государственной политики; создают объективную основу и определяют закономерности в выделении финансовых средств на здравоохранение.

В диссертации обосновано, что величину стоимостного наполнения подушевых нормативов необходимо более тесно привязать к рыночным факторам ценообразования и основные составляющие их элементы, предлагаемые нормативными актами для включения в расчетную базу, должны отражать реальные цены, складывающиеся в рыночном секторе экономики. Так, например, при определении размера заработной платы работника соответствующей квалификации в сфере государственного здравоохранения ее следует корректировать с размерами заработной платы аналогичных работников в негосударственном секторе здравоохранения, либо в рыночных структурах экономики, для обеспечения баланса и создания равных условий конкуренции по уровню оплаты труда, что хоть и косвенно, но повлияет на качество предоставляемых медицинских услуг в государственной системе здравоохранения.

При определении такого элемента норматива как расходы на продукты питания необходимо иметь в виду очень серьезную их дифференциацию в региональном аспекте, в основном экономически не оправданную, как показывает практика ценообразования. В связи с этим затраты по данному элементу норматива неустойчивы и мало предсказуемы. Поэтому в условиях практически повсеместной дефицитности финансирования здравоохранения необходимо более открытое проведение тендеров по выбору поставщиков продуктов питания для системы здравоохранения, либо создание государственных и муниципальных предприятий, специализирующихся на обеспечении продуктами питания учреждения здравоохранения.

При разработке подушевых нормативов необходима их четкая и обоснованная дифференциация по видам оказываемых медицинских услуг. В целом норматив бюджетного финансирования должен представлять тот ориентир, на который должны быть нацелены все перспективы финансового обеспечения здравоохранения. Он должен определять вектор развития финансирования и быть эталоном, посредством которого можно оценить степень полноты, уровень достижения объемов финансирования

здравоохранения, объективно необходимого для его функционирования не только в сложившихся количественных и качественных параметрах, но и для постоянного инновационного развития.

Действующая в настоящее время практика определения стоимостных характеристик подушевых нормативов финансирования здравоохранения предполагает разработку их усредненного значения на уровне органов федеральной власти, в частности Минздравсоцразвитием РФ и корректирующие значения всей совокупности его элементов также предлагаются министерством. В этом процессе субъектам РФ, на которые возлагаются обязанности выполнения гарантированных государством обязательств по финансовому обеспечению здравоохранения, отводится пассивная роль исполнителей заданных значений с уточнениями и корректировками, исходя из наличия на эти цели средств консолидированного бюджета и обязательного медицинского страхования. С позиций повышения степени достоверности разрабатываемых значений подушевых нормативов, и определения общих объемов финансового обеспечения здравоохранения с учетом необходимости его инновационного развития целесообразно усиление участия в этом процессе всех заинтересованных сторон, включая не только органы власти субъектов РФ, но и представителей территориальных органов здравоохранения и общественности.

Разработаны алгоритм и модель взаимодействия государственных институтов и субъектов предпринимательства через институт государственно-частного партнерства в финансировании здравоохранения; предложена система критериев позволяющая осуществлять отбор субъектов предпринимательства для участия в государственно-частном партнерстве.

В диссертации показано, что в условиях дефицитности бюджетного финансирования здравоохранения одним из направлений развития его финансового механизма может стать государственно-частное партнерство.

Причем при формировании этого института необходимо учитывать реальные интересы обеих сторон, создать основу для взаимовыгодного и ответственного распределения их правомочий, не ущемляющих интересы каждой из них. В объект развития государственно-частного партнерства целесообразно включить Национальный проект «Здоровье», который реализуется с 2006г. В числе приоритетных задач Национального проекта были выделены: профилактика, кадровая политика, развитие первичной и высокотехнологичной медицинской помощи, состояние материально-технической базы. Следует отметить, что существуют очень серьезные проблемы с техническим оснащением медицинских учреждений, которые зачастую работают на крайне устаревшем оборудовании, поэтому в диссертации обосновывается необходимость создания государственно-частного партнерства для решения проблем в области материально-технического оснащения и переоснащения медицинских учреждений.

При этом факторами успеха для привлечения частного финансирования являются: развитая нормативно-правовая база; приемлемые для потенциальных инвесторов финансовые инструменты и система распределения проектных рисков и структуры вознаграждения (требуемая доходность инвестиций); прозрачный и гибкий тендерный процесс; наличие вспомогательной инфраструктуры, например, финансовых консультантов, технических консультантов и т.д.; государственная поддержка в виде координации и гарантий финансирования на федеральном и региональном уровнях.

Алгоритм реализации Национального проекта «Здоровье» (развитие материально-технической базы) с использованием государственно-частного партнерства представлен в таблице 3.

Конкретизируя предложенный алгоритм, с целью создания государственно-частного партнерства в здравоохранении, автором предлагается его модель на основе концессии. Для её реализации необходимо выполнение следующих действий: Минздравсоцразвития РФ выбирает

государственные научно-исследовательские инновационные учреждения, связанные с разработкой медицинского оборудования с целью создания на их основе государственно-частных партнерств. 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. Минздравсоцразвития РФ координирует действия ответственных участников-исполнителей проекта. Государственные институты являются создателями нового продукта и контролируют внедрение нового продукта в практическое применение.

Таблица 3

Алгоритм реализации национального проекта «Здоровье» посредством государственно-частного партнерства

Этап	Цель этапа	Пошаговые мероприятия	Результат прохождения этапа
1. Конкурс на участие в ГЧП.	Определение задачи, которая реализуется в рамках ГЧП: должна отвечать национальным интересам государства и быть экономически привлекательной для субъекта предпринимательства.	Прохождение критериального отбора субъектом предпринимательства; выделение макро и микроэкономических эффектов от реализации проекта через ГЧП.	Выбор партнера ГЧП-субъекта предпринимательства.
2. Определение модели реализации ГЧП.	Достижение взаимовыгодных условий реализации проекта: понимание целей и задач каждого партнера.	Определение правомочий, управления и контроля; определение правомочий собственности; распределение рисков между партнерами; определение схемы поручительства возврата кредитных ресурсов.	Подготовка проекта договора ГЧП.
3. Определение основных характеристик партнерства.	Подтверждение инвестиционной привлекательности проекта.	Определение индикаторов выполнения проекта; определение схемы финансирования проекта; согласование требований к техническим параметрам	Дополнение проекта договора ГЧП основными условиями.

Этап	Цель этапа	Пошаговые мероприятия	Результат прохождения этапа
		проекта; определение сроков реализации проекта.	
4. Определение специальных характеристик партнерства.	Подтвердить инвестиционную привлекательность проекта.	Определение системы налогообложения ГЧП; решение вопроса об интеллектуальной собственности.	Дополнение проекта договора ГЧП специальными условиями.
5. Определение процедуры управления.	Определить качество и стиль управления.	Определение организационной структуры; разработка «корпоративного кодекса».	Дополнение проекта договора ГЧП соглашением в части исполнения управленческой функции.
6. Определение процедуры контроля.	Достижение взаимопонимания в отношении требуемого качества исполнения проекта.	Разработка и согласование контрольных мероприятий на весь срок реализации проекта.	Дополнение проекта договора ГЧП соглашением в части исполнения контрольной функции.
7. Заключение договора ГЧП.	Подготовка паспорта проекта.	Урегулирование всех оставшихся вопросов в части планирования, организации, координирования и контроля.	Утверждение паспорта проекта.

Субъекты предпринимательства участвуют в финансировании создания нового продукта и управляют продвижением нового продукта на рынок. Каждый партнер заинтересован в совместной деятельности и обладает значимыми стимулами для такого сотрудничества. Реализация концессионного проекта обуславливает появление положительных эффектов на макро- и микроуровнях. В целом концессионный проект способствует реализации национально-значимой задачи, что видно из рис. 2.

Основное назначение реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении состоит в обеспечении интересов государства и субъектов предпринимательства, а также в координации их действий при внедрении полученных инновационных разработок отечественного оборудования в практическое применение. В целом государственно-частное партнерство направлено на максимально эффективное использование ресурсов государственного и частного сектора для реализации Национального проекта «Здоровье».

Мотивация участия в партнерстве субъектов предпринимательства, связана с возможностями получения более высокой прибыли за счет образования конкурентных преимуществ, при использовании новых технологий или нового продукта в своем бизнесе. Мотивация участия в партнерстве государственного сектора обусловлена национальными целями:

- обеспечение конкурентоспособности отечественной продукции для удовлетворения потребностей здравоохранения;
- стимулирование инновационной активности производителей высокотехнологичного медицинского оборудования и привлечение частных источников финансирования;
- повышение эффективности и результативности государственных расходов на здравоохранение;
- модернизация и переоснащение материально-технической базы медицинских учреждений;
- вовлечение в коммерческий оборот результатов исследований и разработок, полученных с использованием средств государственного бюджета;
- реализация Национального проекта «Здоровье».

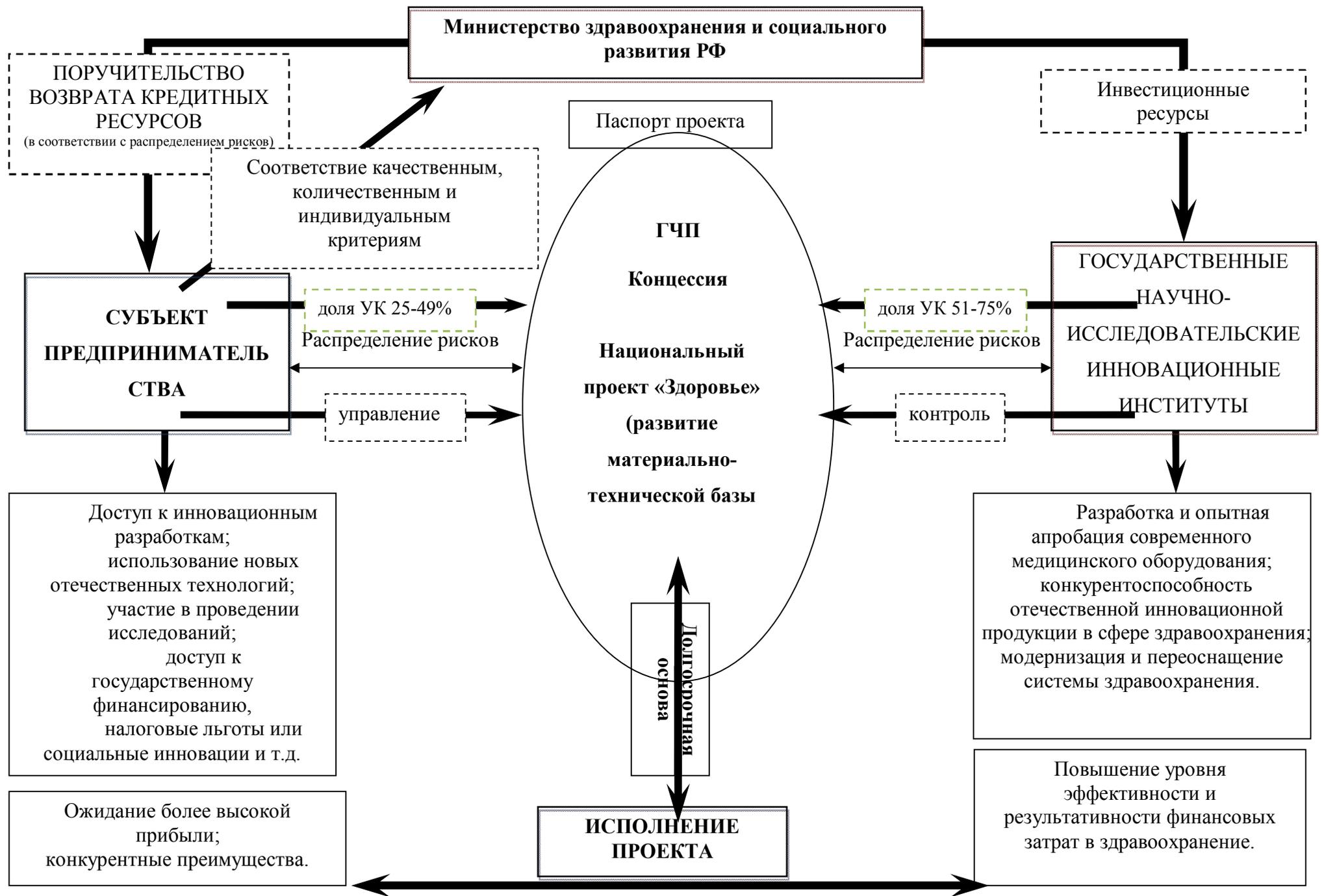


Рис. 2. Концессионная модель

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 и/или создание государственного федерального имущества. Как показывает мировой опыт концессионного взаимодействия, 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.

Разработана автором собственная система критериев, позволяющая субъекту предпринимательства участвовать в ГЧП, которая будет выглядеть следующим образом:

1. Критерии выбора на основе качественных характеристик проекта.
 - 1.1. Проекты должны иметь национальное значение.
 - 1.2. Необходимость государственной поддержки реализации проекта:
 - А. Риски должны быть распределены между государством и субъектом предпринимательства.
 - Б. Необходимость софинансирования проектов на договорных условиях.
 - 1.3. Сохранение государством контрольных полномочий.
2. Критерии выбора на основе количественных характеристик проекта.
 - 2.1. Финансовая эффективность проекта.
 - 2.2. Бюджетная и экономическая эффективность проекта.
 - 2.3. Социальная эффективность проекта.
3. Критерии выбора на основе индивидуальных характеристик субъекта предпринимательства.
 - 3.1. Деловая репутация и общественное мнение о субъекте предпринимательства.

Приведенный выше перечень критериев позволяет дать качественную и количественную оценку потенциальным возможностям участников ГЧП — субъектов предпринимательства, в реализации национальных проектов.

В заключении, завершающем диссертацию, содержится ряд выводов и предложений, в том числе по основным направлениям дальнейших исследований в области финансового обеспечения здравоохранения.

Список публикаций по теме диссертации:

1. Рахимов А.А. Экономическое содержание и назначение медицинских услуг. Вестник Всероссийской государственной налоговой академии Министерства финансов Российской Федерации. 2010. № 2. – 0,4 п.л.

2. Рахимов А.А. Институциональные основы формирования ресурсов здравоохранения в современных условиях // Тенденции и перспективы развития современного общества: экономика, социология, философия, право. Материалы международной научно-практической конференции. Саратов 2009. Часть 3. – 0,3 п.л.

3. Рахимов А.А. Модели финансового обеспечения здравоохранения // Модернизация и перспективы развития современного общества (экономический, социальный, философский, правовой аспекты). Материалы международной научно-практической конференции. Саратов 2010. Часть 3. – 0,3 п.л.

4. Рахимов А.А. Финансовое обеспечение развития здравоохранения // Национальные интересы РФ и финансовое оздоровление экономики. 12 Международная межвузовская научно-практическая конференция. Москва 2010. – 0,3 п.л.

5. Рахимов А.А. Здравоохранение в Российской Федерации: опыт и перспективы финансирования // Общество-Экономика-Право в условиях модернизации России. Межвузовская научно-практическая конференция. Москва 2011. – 0,2 п.л.

В журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки России

6. Рахимов А.А. Роль бюджетного финансирования в развитии здравоохранения в Российской Федерации // Аудит и финансовый анализ. 2010. - №6. – 0,5 п.л.

7. Рахимов А.А. Анализ и оценка финансовых потоков системы здравоохранения в условиях рыночных преобразований // Аудит и финансовый анализ. 2011. - №1. – 0,6 п.л.

8. Рахимов А.А. Финансово-экономический механизм развития бюджетных учреждений здравоохранения // Аудит и финансовый анализ. 2011. - №2. – 0,5 п.л.