

ФИНАНСОВЫЙ МЕХАНИЗМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ И ПУТИ ЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

© 2018 Хулукшинов Денис Егорович

© 2018 Савенкова Елена Викторовна

доктор экономических наук, доцент, профессор кафедры «Финансы и кредит»

Российский университет дружбы народов

117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 6

E-mail: denis.rudn@gmail.com, savenkova.rudn@mail.ru

В статье рассмотрены понятие и структура финансового механизма здравоохранения России, проведен анализ и выявлены основные проблемы при финансировании системы здравоохранения, предложен алгоритм отбора проектов для совершенствования системы здравоохранения России на основе государственно-частного партнерства.

Ключевые слова: финансовый механизм, здравоохранение, финансирование, государственно-частное партнерство, алгоритм, проект, эффективность, инфраструктура.

Здравоохранение является одной из важнейших сфер социально-экономической системы, от которой зависит уровень качества жизни и здоровья населения. Уровень финансирования системы здравоохранения России оказывает прямое влияние на ожидаемую продолжительность жизни (далее — ОЖП). Поэтому обеспечение эффективности финансирования в условиях бюджетных ограничений приобретает особую значимость.

За период 2015–2017 гг. объем финансирования системы здравоохранения России вырос на 441 млн. рублей (или на 16%) и составил в 2017 году 3186,8 млрд. рублей (3,4% к ВВП) (табл. 1). Уровень ОЖП за аналогичный период

увеличился с 71,39 до 72,29 лет (+0,9 года) [4, 5].

В 2018 году ожидаемое увеличение финансирования за счет бюджетных средств составит 164,4 млн. рублей (или на 5,2%), ОЖП должна увеличиться на 1,41 года (табл. 1) [4, 5].

Таким образом, можно наблюдать прямую зависимость между уровнем финансирования здравоохранения России и ОЖП. Чем больше средств из бюджета выделяется на здравоохранение, тем выше уровень ОЖП, и наоборот (рисунок 1).

В рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (далее — Программа)



Рис. 1. Влияние уровня бюджетного финансирования на показатели здоровья населения (ожидаемая продолжительность жизни) за период 2015–2018 гг.

Источник: составлено авторами по данным [4, 5]

Таблица 1. Расходы бюджетов бюджетной системы на здравоохранение России и уровень ОЖП за период 2015–2018 гг.

	2015	2016	2017	2018*
Финансирование здравоохранения, млрд. рублей	2745,8	2852,7	3186,8	3351,2
% к ВВП	3,6	3,5	3,4	3,5
ОЖП, лет	71,39	71,87	72,29	73,70

*предварительные данные

Источник: составлено авторами по данным [4, 5]

средние подушевые нормативы финансирования по состоянию на начало 2017 года (без учета расходов федерального бюджета) составили 11927,5 рубля в расчете на одного жителя (застрахованного лица) за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования (далее — ОМС) за счет субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Финансирование Программы за период 2014–2016 гг. представлено в табл. 2.

В 2016 году объем финансирования Программы увеличился на 209,8 млн. рублей (или на 9,5%) по сравнению с 2014 годом и составил 2431,4 млрд. рублей. При этом основная доля финансирования Программы осуществляется за счет средств ОМС (63,5%) [3].

Вместе с тем, минимальный уровень финансирования здравоохранения установлен Всемирной организацией здравоохранения (далее — ВОЗ) в размере 5,5–6% ВВП [6]. Таким образом, наблюдается дефицит бюджетного финансирования системы здравоохранения России на уровне 2–3% ВВП, что оказывает негативное влияние на достижение целевых показателей, установленных государственной программой «Развитие здравоохранения». Кроме того, с учетом износа основных фондов и высокой капиталоемкостью строительства и (или) реконструкции объектов здравоохранения требуется привлекать дополнительные инвестиции в отрасль с целью повышения качества предоставляемых медицинских

услуг населению.

Финансовый механизм представляет собой совокупность видов и форм организации финансовых отношений, методов и инструментов формирования и использования финансовых ресурсов [7]. В этой связи, основным инструментом привлечения внебюджетных средств может служить государственно-частное партнерство (далее — ГЧП). ГЧП дает возможность привлечь дополнительное финансирование для реализации тех или иных проектов. Для повышения заинтересованности участия частного сектора государству необходимо принимать определенные меры по предоставлению бизнес-структурам различных льгот и гарантий.

По состоянию на начало 2017 года в социальной сфере реализуется более 130 концессионных соглашений, которые находятся на различных стадиях реализации, из них около 40 контактов (или 31% от общего числа) приходится на здравоохранение. Общий объем финансирования данных соглашений составляет порядка 65 млрд. рублей [2].

Однако существуют определенные барьеры при использовании ГЧП в здравоохранении. К ним следует относить недостаточный уровень развития законодательной базы в области ГЧП, а также риски, связанные со среднесрочным и долгосрочным характером реализации проектов:

- риски на этапе проектирования и подготовки проекта к реализации;
- риски при создании объекта здравоохранения;

Таблица 2. Финансирование Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за период 2014–2016 гг.

Источники финансирования	2014		2015		2016	
	млрд. руб.	%	млрд. руб.	%	млрд. руб.	%
Федеральный бюджет	395,2	17,8	429,9	18,0	396,7	16,3
Бюджеты субъектов Российской Федерации	499,6	22,5	475,7	20,0	490,9	20,2
Средства ОМС	1326,8	59,7	1475,2	62,0	1543,8	63,5

Источник: составлено авторами по данным [3]

- риски в процессе эксплуатации объекта здравоохранения;
- риски получения дохода;
- прочие риски (расторжение соглашения, утрата объекта).

В целях минимизации рисков при отборе проектов ГЧП в здравоохранении России предлагается использовать следующий алгоритм (рисунок 2).

На первом этапе проводится анализ деятельности предприятия (частного бизнеса), которое хочет реализовать тот или иной проект с целью определения категории инвестора и наиболее подходящих инструментов сотрудничества. Кроме того, оценивается финансовое состояние для определения кредито- и платежеспособности.

На втором этапе осуществляется анализ проекта с позиции экономики региона (инфраструктурный, инновационный, производственный) и предприятия (проект направлен на расширение действующего или диверсификацию имеющегося производства, а также технологическую модернизацию).

На третьем этапе оценивается значимость проекта и эффект от его реализации. Для оценки

проекта, как правило, используются показатели коммерческой, социальной и бюджетной эффективности. С помощью данных показателей можно определить стоит или нет принимать проект к осуществлению. Вместе с тем, следует учитывать отраслевую специфику системы здравоохранения России. С учетом применения контрактных форм, наиболее распространенным инструментом являются концессионные соглашения, которые реализуются в виде механизма BOT (Build-Operate-Transfer – «строительство – эксплуатация/управление – передача»). Это позволяет уменьшить нагрузку на бюджет за счет осуществления строительства и (или) реконструкции объекта здравоохранения частным партнером (собственником является государство).

На четвертом этапе принимается решение о поддержке проекта. Для этого определяется характер сотрудничества, которые предполагает выбор форм и инструментов поддержки реализации проекта. По способам финансирования может осуществляться за счет государственных (бюджетное) и частных средств (внебюджетное), а также в виде смешанного финансирования.

Таким образом, одним из направлений со-



Рис. 2. Алгоритм отбора проектов в здравоохранении России для принятия решения по их реализации

Источник: [1]

вершенствования финансового механизма в здравоохранении России путем применения ГЧП является предложенный алгоритм отбора проектов, основанный на комплексном подходе к анализу деятельности частного инвестора и учитывающий специфику отрасли. Это должно

оказать положительное влияние на привлечение дополнительных инвестиций в систему здравоохранения России, а также обеспечить эффективность и рациональность использования бюджетных средств.

Библиографический список

1. *Владимирова О.Н., Руйга И.Р., Кацик Д.Е.* Совершенствование процедуры отбора региональных инвестиционных проектов в системе предоставления государственной поддержки на примере Красноярского края // Проблемы современной экономики. 2013. № 3. С. 353–356.
2. Государственно-частное партнерство в России 2016–2017: текущее состояние и тренды, рейтинг регионов. [Электронный ресурс].— Режим доступа: URL: http://pppcenter.ru/assets/docs/raytingREG2017_B5_Block_31-03-2017-web.pdf.
3. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации о реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год. [Электронный ресурс].— Режим доступа: URL: http://kraszdrav.ru/assets/documents/Doklad_Minzdrava_Rossii_o_realizatsii_PGG_v_2016_godu25.08.2017%2013:45.pdf.
4. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / Росстат — М.: 2017.— 172 с.
5. Проект Основных направлений бюджетной политики на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов [Электронный ресурс].— Режим доступа: URL: https://www.minfin.ru/ru/document/?id_4=64713.
6. *Хулукишинов Д.Е., Норбоева Е.Ц.* Современное состояние системы здравоохранения России: вопросы финансирования и проблемы развития // Экономические науки. 2016. № 138. С. 79–84.
7. *Шапошникова А.И.* Реформирование финансового механизма системы здравоохранения России: автореф. дис. ... канд. экон. наук. Волгоград, 2011.

Поступила в редакцию 26.06.2018 г.