(cc) BY

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ

Волкова Светлана Васильевна
магистрант
Митрохин Владимир Владимирович
канд. экон. наук, доцент

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный
университет им. Н.П. Огарева»
г. Саранске, Республика Мордовия

ОЦЕНКА БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ ФЕДЕРАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аннотация: *в данной научной статье рассматриваются практические оценки бюджетного финансирования учреждений здравоохранения. Основная цель заключается в анализе основных показателей здравоохранения за последние 5 лет. При этом оценка проводится в иерархической последовательности. Статья носит информационно-аналитический характер, который проявляется в анализе эффективности бюджетных расходов на здравоохранение, а также рекомендательный характер: по итогам работы разработаны основные положения по повышению эффективности бюджетных расходов. В настоящее время оптимизация бюджетных расходов особенно актуальна в связи с резким сокращением бюджетных доходов.*

Ключевые слова: *заболеваемость, бюджетные расходы, здравоохранение, бюджетные средства, госзакупка.*

1. Основные статьи бюджетных расходов

Российское здравоохранение переживает в настоящее время непростой период. В-первую очередь это связано с неблагоприятными экономическими факторами, а именно сокращением доходной части бюджета из-за падения цен на нефть. Правительство вынуждено решать непростую задачу: с одной стороны,

необходимо сокращать бюджетные расходы любыми средствами, а с другой- повышать качество медицинской помощи и увеличивать оплату труда медицинским работникам. Такое объединение, казалось бы несовместимых входных параметров, называют оптимизацией.

Большим вопросом в модели оптимизации является следующий: что будет получено на выходе модели? Сумеют ли властные органы добиться выполнения основной задачи, а именно повышения качества медицинских услуг в бюджетных учреждениях? Для того, чтобы ответить на эти вопросы, рассмотрим, какие расходы медицинских учреждений оплачивает бюджет.

К основным статьям бюджетных расходов на здравоохранение относятся [4]:

1) расходы на заработную плату, которые составляют 55–60% в расходах медицинского учреждения. Заработная плата является не только экономической, но и социальной категорией, поскольку именно ее размер в большинстве случаев характеризует состояние бюджетных учреждений здравоохранения. Кроме того, именно размер заработной платы определяет престиж и привлекательность профессии медика.

Для сравнения рассмотрим модель здравоохранения США и России. В США медицинские работники являются одной из самых оплачиваемых категорий граждан (например, плата за обучение в престижном медицинском вузе США может составлять 300–500 тыс. долларов за весь период обучения). Высокие зарплаты медицинских работников в Америке связаны с моделью финансирования учреждений – медицина в Штатах по большей части платная, поэтому доля бюджетных средств в фонде оплаты труда минимальна или вовсе отсутствует. Российская медицина бесплатна (в соответствии со ст. 41 Конституции РФ) [1], поэтому бремя оплаты труда мед. работников берет на себя бюджет (доходы которого сокращаются – см. выше);

2) бюджетные средства также направляются на административно-хозяйственные расходы и расходы на капитальный ремонт. Большинство российских больниц, госпиталей, центров и т. п. было построено в 60–80 гг. прошлого века,

поэтому нуждается в постоянном ремонте и модернизировании. Кроме того, правительственные программы предусматривают также и строительство новых медицинских центров, в том числе и федерального значения;

3) расходы на приобретение медикаментов, питание больных и организацию лечебного процесса. Также немаловажная статья расходов в свете текущих событий. Большое количество медикаментов поступает в наши учреждения от зарубежных поставщиков, которые ведут расчеты в иностранной валюте. Поскольку импортозамещение в фармакологии- процесс небыстрый, то государство будет вынуждено закупать зарубежные препараты по возросшим ценам. К примеру, курс американского доллара вырос почти в 2 раза (с 35 рублей июля 2014 г. до 65 рублей июля 2014 г.), что неизбежно повлечет рост цен на лекарства в 2016 году (многие учреждения здравоохранения работают на запасах прошлых лет, в тех случаях, когда это возможно);

4) прочие расходы – командировочные, медицинский инвентарь и т. д.

Вывод по этой главе достаточно очевиден- при прочих равных условиях в ближайшее время (а именно в 2016–2017 гг.) необходимо будет увеличивать расходы на здравоохранение в реальных величинах. Но поскольку это весьма проблематично, то необходим тщательный анализ эффективности бюджетных расходов.

2. Анализ эффективности бюджетных расходов

Оценка эффективности расходования бюджетных средств на здравоохранение определяется на трех уровнях:

1) уровень социальной эффективности- характеризуется показателями общественного здоровья. На данном уровне возможно использование самых различных показателей- заболеваемость на 1 тыс. человек, смертность от управляемых причин, первичный выход на инвалидность и т. д. Представим на рис. 1 динамику заболеваемости на 1 тыс. человек [5].

Рис. 1

Например, рост количества больных вырос на 0,6% в 2014 году в сравнении с 2013 годом. Это означает, что при прочих равных необходимо выделять большее количество средств из бюджета на каждого заболевшего человека.

Рассмотрим другой показатель – количество лиц, впервые ставших инвалидами (на 10 тыс. человек, рис. 2) [5]:

Рис. 2

Сокращение количества инвалидности говорит с одной стороны, об эффективности оказания медицинских услуг и повышения эффективности профилактики производственного травматизма, а с другой- об ужесточении требований для признания инвалидности человека.

Следующие 2 уровня оценки эффективности расходования бюджетных средств проводятся на муниципальном и внутрилечебном уровне [3];

2) уровень структурной эффективности, который характеризуется программами госгарантий – скорая, стационарная, стационарно-поликлиническая помощь и т. п.;

3) уровень медико-экономической эффективности, который характеризуется результатами применения мер лечения того или иного заболевания в рамках одного лечебного учреждения.

Проанализируем затраты на здравоохранение в 2013–2014 гг., а также предстоящие расходы в 2015–2016 гг. (которые утверждены в расходной части бюджета). Итак, в 2013 году расходы составили 2,4 трлн рублей (3,5% от ВВП), в 2014 – 2,5 трлн рублей (3,5% от ВВП). Правительство вынуждено увеличивать расходы на здравоохранение, поскольку цены возрастают фактически на все товары и услуги. При этом расходы в 2015 году составят 2,7 трлн рублей (3,4 от ВВП), а по прогнозам 2016 года составят 3 трлн Рублей (3,3 от ВВП). Эти данные свидетельствуют об:

1) сокращении реальных расходов на здравоохранение (расходы повышаются только в номинальном плане близко к уровню инфляции);

2) низкой вероятности достижения планки в 5% от ВВП по замыслу министра здравоохранения РФ В. Скворцовой.

Таким образом, качество медицинских услуг остается на стабильном уровне и ждать его резкого повышения не приходится, поскольку государство в сложившейся экономической обстановке не сможет увеличить расходы бюджета.

3. Возможные методы повышения эффективности бюджетных расходов

Рассмотрим основные меры по повышению эффективности бюджетных расходов и их оптимизации:

1) сокращение количества медицинских работников (таблица 1, в тыс. человек, врачи) [5].

Таблица 1

2010	2011	2012	2013	2014
711,3	715,8	732,8	703,2	702,6

Возможно, наши властные структуры считают, что эффективность медицинской помощи не снизится, если сократить врачебные кадры, однако в то же время мы постоянно слышим об их нехватке. Все-таки более правильным методом является балансировка между сокращением количества работников и повышением оплаты труда врачей, для повышения престижности этой профессии;

2) увеличение тарифов страховых взносов ОМС, который в настоящее время составляет 5,1%. Это положительный опыт – так при повышении тарифа в 2012 г. с 3,1 до 5,1%, вырученные 2% были направлены на строительство объектов здравоохранения;

3) реформирование системы государственных закупок в области здравоохранения и поддержка по возможности отечественного производителя. Для этого необходимо внести изменения в ФЗ №44, например о предоставлении большей автономии учреждениям здравоохранения, поскольку существующая система госзакупок слишком громоздка и многие медицинские заведения совершенно не заботятся об эффективности расходования средств, а стремятся строго следовать весьма противоречивому закону. Это особенно рельефно проявляется при закупке у единственного поставщика (ст. 93, п. 4 и 5) [2].

В заключении отметим важность реформирования системы здравоохранения. Поскольку мы живем в XXI веке высоких технологий, то и медицина должна быть на соответствующем уровне. Намного эффективнее преодолеть различные административные препоны и коррумпированность чиновников в различных эшелонах системы здравоохранения, чем жестко следовать политике экономии и оптимизации, фактически не заботясь о повышении качества.

Список литературы

1. Конституция Российской Федерации

2. Федеральный закон №44 от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок…».

3. Вялков А.И. Управление и экономика здравоохранения: Учебное пособие для вузов / А.И. Вялков, Б.А. Райзберг, Ю.В. Шиленко. – М.: Гэотар-Мед, 2012.

4. Дробышева А.А. Основы общей экономической теории здравоохранения. – М.: АНМИ, 2012.

5. Здравоохранение // Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru/Здравоохранение