

## **ПЕРЕРАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КАК СПОСОБ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СБАЛАНСИРОВАННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ**

**<sup>1</sup>Фоменко В.В.**

<sup>1</sup>*ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», Екатеринбург, Россия (620002, Екатеринбург, ул. Мира, 19), e-mail: val-f@e1.ru*

---

Проанализированы современные проблемы национального здравоохранения в области финансового обеспечения выполнения государственных гарантий по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и предложена методика перераспределения финансовых обязательств между государственными и частными источниками. Дефицит финансовых ресурсов обуславливает декларационный характер тех государственных гарантий, которые оказываются необеспеченными в современной экономической ситуации. Перераспределение финансовых обязательств в направлении сжатия государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и расширения соучастия граждан в финансировании здравоохранения через систему добровольного медицинского страхования и оказание платных медицинских услуг позволит обеспечить сбалансированность финансовых возможностей и объемов государственных гарантий в национальной системе охраны здоровья населения.

---

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, программа государственных гарантий, медицинское страхование

## **REDISTRIBUTION OF FINANCIAL OBLIGATIONS IN HEALTH CARE SECTOR AS A METHOD OF PROVIDING THE BALANCE OF STATE GUARANTEES**

**<sup>1</sup>Fomenko V.V.**

<sup>1</sup>*Ural Federal University n. a. the first President of Russia B.N. Yeltsin, Yekaterinburg, Russia (620002, Yekaterinburg, Mira street, 19), e-mail: val-f@e1.ru*

---

This work analyzes modern problems of national public health in the field of financial support for state guarantees of providing for population free medical aid; also this paper suggests the method for distributing financial obligations between state and private sources. The deficit of financial resources is conditioned by declarative character of state guarantees which are unsupported in modern economic situation. Redistribution of financial obligations in the direction of state free medical aid reduction and broadening of people's share in public health financing through the system of voluntary medical insurance and providing paid medical service provide balance of financial opportunities and state guarantees values in the national system of population's public health.

---

Keywords: financing of the health care system, the program of state guarantees, medical insurance

В наследие от советского государства Российской Федерации досталась патерналистская позиция в области финансирования здравоохранения. Современная экономическая ситуация и тенденции ее развития, а также демографические показатели не позволяют органам государственного управления выполнять в полном объеме взятые на себя обязательства в этой области. Дефицит финансовых ресурсов обуславливает декларационный характер тех государственных гарантий, которые оказываются необеспеченными в современной экономической ситуации.

Рыночные условия требуют оценки реальной возможности участия государства в финансировании национального здравоохранения. Потребности населения в медицинской помощи должны быть обеспечены финансовыми ресурсами вне зависимости от источника

этих ресурсов. Поэтому представляется целесообразным активное привлечение в здравоохранение средств населения при законодательном закреплении гарантированных объемов медицинской помощи в соответствии с существующим уровнем финансовых возможностей государства.

В рамках проведенного исследования предложена методика перераспределения финансовых обязательств в здравоохранении между государственными и частными источниками в направлении сжатия государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и расширения соучастия граждан в финансировании системы предоставления медицинской помощи.

Основой государственной системы здравоохранения является принцип равенства. Обеспечение географической доступности лечебно-профилактических учреждений, объективного времени ожидания медицинской помощи, ее достаточных объемов и уровня качества для всех возрастных групп населения в условиях удорожания современных технологий здравоохранения и повышения требований пациентов к сервисной составляющей медицинской помощи требует существенных финансовых вложений в национальную систему охраны здоровья.

Российская Федерация относится к группе стран с неприоритетным типом здравоохранения, удельный вес государственных расходов на здравоохранение в объеме валового внутреннего продукта оценивается на уровне 4% (таблица 1).

Таблица 1 – Государственные расходы на здравоохранение Российской Федерации в 2005-2012 гг., млн. руб. [1, 4]

Год	Консолидированный бюджет РФ и бюджетов государственных внебюджетных фондов	Валовой внутренний продукт (в текущих ценах)	Государственные расходы на здравоохранение от ВВП, %
2005	797 056,16	21 609 765,49	3,7
2006	962 186,58	26 917 201,38	3,6
2007	1 381 531,44	33 247 513,23	4,2
2008	1 546 254,36	41 276 849,19	3,7
2009	1 652 954,20	38 807 218,57	4,3
2010	1 708 804,64	46 308 541,19	3,7
2011	1 933 127,67	55 799 572,60	3,5
2012	2 283 348,39	62 599 057,33	3,6

Финансирование национальной системы здравоохранения осуществляется на основе «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» (далее – Программа). Программой определяются виды и

объемы медицинской помощи, которая предоставляется гражданам Российской Федерации бесплатно, а также нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансового обеспечения [5].

Основной проблемой реализации Программы является значительный дефицит ее финансового обеспечения (таблица 2). Фактические расходы на реализацию Программы ежегодно увеличиваются; дефицит финансового обеспечения территориальных программ уменьшается (с 384,6 млрд. руб. в 2009 г. до 164,5 млрд. руб. в 2012 г.); растет количество субъектов, в которых программы бездефицитны (с 8 в 2009 г. до 17 в 2012 г.). Тем не менее при всех положительных тенденциях, дефицит сохраняется в значительном объеме (до 50% по отдельным территориальным программам и в целом – 13,1% от потребности в 2012 г.). Этот факт напрямую свидетельствует о том, что заявленные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи не реализуются, имеющихся финансовых ресурсов недостаточно для обеспечения законодательно установленных нормативов.

Таблица 2 – Финансирование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в 2009-2012 гг., млрд. руб. [2]

Год	Фактические расходы за счет государственных источников финансового обеспечения Программы	Дефицит финансового обеспечения территориальных программ	Количество субъектов РФ, в которых Территориальные программы бездефицитны
2009	1 378,60	384,60	8
2010	1 449,90	337,30	9
2011	1 596,90	238,00	11
2012	1 718,40	164,50	17

Программа является системным документом, призванным обеспечивать сбалансированность обязательств государства по предоставлению населению гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет всех государственных источников [5]. Финансирование гарантированной государством медицинской помощи должно соответствовать ее объемам. При дефиците финансирования заявленные гарантии не могут быть обеспечены, что влечет за собой нарушение прав граждан. Вариантами решения проблемы несбалансированности государственных обязательств могут быть: увеличение расходов бюджета; увеличение поступлений в систему обязательного медицинского страхования за счет доведения уровня официальной зарплаты до ее реального значения; сокращение государственных обязательств по гарантиям бесплатной медицинской помощи.

Увеличение расходов бюджета и поступлений в систему обязательного медицинского страхования в современных экономических условиях будет являться труднодостижимым направлением. Сохраняющийся дефицит финансового обеспечения территориальных программ обуславливает реальную необходимость сокращения государственных обязательств по гарантиям бесплатной медицинской помощи. Представляется допустимым сокращение объемов бесплатной медицинской помощи, которые могут быть предоставлены населению на условиях полного возмещения стоимости через систему добровольного медицинского страхования и оказание платных медицинских услуг.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Потребность в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (ТПГГ<sub>п</sub>):

$$\text{ТПГГ}_п = B_T + \text{ОМС}_{\text{баз}} + \text{ОМС}_{\text{доп}}, \text{ где:}$$

$B_T$  – средства консолидированного бюджета субъекта РФ,

$\text{ОМС}_{\text{баз}}$  – стоимость территориальной программы ОМС в рамках базовой программы,

$\text{ОМС}_{\text{доп}}$  – межбюджетные трансферты бюджетов субъектов РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС.

Потребность в финансовом обеспечении территориальной программы рассчитывается на основе предусмотренных федеральной Программой нормативов с учетом демографических особенностей, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации. Любые изменения демографической ситуации должны находить отражение в территориальных программах государственных гарантий. Предусмотренные федеральной Программой нормативы являются гарантированными и не могут быть уменьшены на уровне субъекта при разработке территориальных нормативов [5].

$$H_T \geq H_\phi, \text{ где:}$$

$H_T$  – территориальный подушевой норматив финансирования,

$H_\phi$  – федеральный подушевой норматив финансирования.

Условие сбалансированности территориальной программы по объемам гарантий и их финансовому обеспечению:

$$\begin{cases} \text{ТПГГ}_п \cong \text{ТПГГ}_\phi \\ H_T \geq H_\phi \end{cases}, \text{ где:}$$

$ТПГГ_{п}$  – потребность в финансовом обеспечении территориальной программы,  
 $ТПГГ_{ф}$  – фактические расходы на финансирование территориальной программы,  
 $H_{т}$  – территориальный подушевой норматив финансирования,  
 $H_{ф}$  – федеральный подушевой норматив финансирования.

Несбалансированность территориальной программы выражается дефицитом ее финансирования ( $ТПГГ_{д}$ ):

$$ТПГГ_{д} = ТПГГ_{п} - ТПГГ_{ф} , \text{ где:}$$

$ТПГГ_{п}$  – потребность в финансовом обеспечении территориальной программы,  
 $ТПГГ_{ф}$  – фактические расходы на финансирование территориальной программы.

Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи ( $D$ ):

$$D = \sum ТПГГ_{д} , \text{ где:}$$

$\sum ТПГГ_{д}$  – сумма дефицита финансирования территориальных программ по всем субъектам.

Потребность населения в медицинских услугах ( $МУ_{п}$ ):

$$МУ_{п} = ФБ + \sum ТПГГ_{ф} + ДМС + ПЛ , \text{ где:}$$

$ФБ$  – расходы федерального бюджета,

$\sum ТПГГ_{ф}$  – сумма фактических расходов на финансирование территориальных программ,

$ДМС$  – средства системы добровольного медицинского страхования,

$ПЛ$  – средства, получаемые от оказания платных медицинских услуг.

В настоящее время недофинансирование территориальных программ компенсируется за счет средств системы добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг. При корректировке государственных обязательств следует учесть размер финансового дефицита, который в силу необеспеченности уже фактически перераспределен, но без законодательного закрепления. Резервом перераспределения будет являться потенциал рынка добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг. Объем государственных обязательств, доступный к перераспределению, выраженный в сумме финансовых ресурсов, можно определить как ( $\Phi_{пер}$ ):

$$\begin{cases} \Phi_{пер} = D + ДМС_{пр} + ПЛ_{пр} , \\ D \leq ДМС + ПЛ , \\ ДМС_{пр} + ПЛ_{пр} \geq 0 \end{cases} , \text{ где:}$$

$D$  – общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи,

$ДМС_{пр}$  – прирост выплат в системе добровольного медицинского страхования (в абсолютном выражении),

$ПЛ_{пр}$  – прирост объема средств, получаемого от оказания платных медицинских услуг (в абсолютном выражении),

$ДМС$  – средства системы добровольного медицинского страхования,

$ПЛ$  – средства, получаемые от оказания платных медицинских услуг.

Коэффициент перераспределения ( $K_{п}$ ):

$$K_{п} = \frac{\Phi_{пер}}{МУ_{п}}, \text{ где:}$$

$\Phi_{пер}$  – объем государственных обязательств, доступный к перераспределению,

$МУ_{п}$  – потребность населения в медицинских услугах.

Необходимо учитывать, что проведение преобразований такого рода требует усовершенствований в системе добровольного медицинского страхования, создающих благоприятные условия для ее развития и повышающих доступность полисов с целью предупреждения социальной напряженности. Оплата по факту оказания услуги в настоящее время является самой распространенной в деятельности учреждений, однако добровольное медицинское страхование представляется более выгодным за счет рискованного характера.

Добровольное медицинское страхование в большей или меньшей мере присутствует почти во всех развитых странах, главной особенностью зарубежной практики, является то, что обе системы – добровольная и обязательная – образуют взаимодополняющую модель [3]. Внедрение интегрированного механизма финансового обеспечения медицинской помощи, объединяющего системы обязательного и добровольного медицинского страхования в практику национального здравоохранения позволит снизить стоимость полиса для потребителей, так как будет исключена двойная оплата одних и тех же услуг.

Опыт развитых стран показывает, что изменение демографической ситуации, возрастающие расходы в здравоохранении, социально-экономические изменения не позволяют государству полностью обеспечивать потребности населения в медицинской помощи высокого уровня технологий и сервиса. Дефицит финансовых ресурсов обуславливает декларационный характер тех государственных гарантий, которые оказываются необеспеченными в современной экономической ситуации. Решению проблем будет способствовать законодательное закрепление сжатия государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, создание понятного перечня медицинских услуг, оказываемых бесплатно, и разработка законодательной базы добровольного медицинского страхования.

## Список литературы

1. Валовой внутренний продукт в текущих ценах. Данные Федеральной службы государственной статистики. Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/accounts/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/accounts/#). (Дата обращения: 08.10.2013 г.).
2. Доклады о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за 2009-2012 гг. Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/health/guarantee/>. (Дата обращения: 08.10.2013 г.).
3. Леонтьев С.Л. Экономика медицинского страхования: Уч. пособие – Екатеринбург: Изд-во Урал. Гос. Экон. Ун-та, 2003. – 101 с.
4. Отчеты об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов за 2005-2012 гг. Данные Федерального казначейства. Режим доступа: <http://www.roskazna.ru/konsolidirovannogo-byudzheta-rf/>. (Дата обращения: 08.10.2013 г.).
5. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год.  
Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=134982>.  
(Дата обращения: 06.10.2013 г.).

### Рецензенты:

Князева Е.Г., д.э.н., профессор кафедры страхования ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург.

Юзвович Л.И., д.э.н., профессор кафедры страхования ФГАОУ ВПО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», г. Екатеринбург.