

Писарева Е. В.

*ст. преподаватель,
Пятигорский государственный
гуманитарно-технологический университет*

Основные направления государственной политики РФ в сфере здравоохранения

***Аннотация.** В статье рассматриваются актуальные вопросы, отражающие политику в сфере здравоохранения, проводимую Правительством Российской Федерации в рамках национального проекта «Здоровье».*

***Ключевые слова:** здравоохранение, бесплатная медицинская помощь, фонд добровольного медицинского страхования, реформирование финансовой работы.*

The basic directions of a state policy of the Russian Federation in public health services sphere

***The summary.** The article deals with current issues, reflecting the health policy pursued by the Government of the Russian Federation, the national project «Health».*

***Keywords:** health care, free medical services, voluntary health insurance fund, the reform of the financial work.*

Государственная политика в сфере здравоохранения является частью социальной политики Российской Федерации. Она определяется Конституцией РФ и действующим законодательством. Конституция закрепила право каждого гражданина на получение бесплатной медицинской помощи. Основы социальных приоритетов были сформулированы в нашей стране ещё в советский период и остаются неизменными по настоящее время.

Российская Федерация стала наследницей обширной советской сферы здравоохранения, у которой были свои преимущества — высокая степень социальной защиты, единые финансовые нормативы для обслуживания населения в разных регионах, строгая отчетность и строгий контроль за расходованием бюджетных средств. Но данная система накопила и существенные недостатки, которые необходимо было устранить.

В последние два десятилетия советской эпохи как отмечает Соколов Д. А. и Поляк Г. Б. [1–2] здравоохранение развивалось по экстенсивному пути с ежегодным наращиванием мощности коек в стационарах, поликлинической сети, устаревшие основные фонды. При этом здравоохранение финансировалось по остаточному принципу. Это обусловило необходимость введения в отрасль элементов эффективности, с одновременным расширением финансовых потоков обеспечивающих отрасль.

Государственная политика в сфере здравоохранения в РФ на современном этапе определяется таким нормативным актом как Концепция долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2020 года, утвержденным распоряжением правительства РФ от 17.11.2008 г. Данный нормативный акт определяет, что основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Реализация поставленной цели планируется осуществить, посредством достижение следующих основных задач:

- 1) обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме;
- 2) модернизация системы ОМС и развитие системы ДМС;
- 3) повышение эффективности системы организации медицинской помощи;
- 4) улучшение лекарственного обеспечения граждан;
- 5) информатизация системы здравоохранения
- 6) развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду;
- 7) совершенствование системы охраны здоровья населения;
- 8) реализация приоритетного национального проекта «Здоровье».

Обеспечение граждан бесплатной медицинской помощью осуществляется на основании ежегодно утверждаемой программы. Впервые данная программа разработана и утверждена в 1998 году. Программа же государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (ПГГ) была принята в рамках Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации в 1997 году. Программа включала в себя перечень видов медицинской помощи, которые государство предоставляет бесплатно, а также объемы и порядок данного финансирования.

Достоинствами данного реформирования было то, что Правительство РФ впервые утвердило единый подход к планированию расходов на здравоохранение. На основании ПГГ РФ субъекты РФ стали рассчитывать и утверждать территориальные программы оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Кроме того, как отмечают В.З. Кучеренко и В.М. Алексеева «было решено продолжить приоритетное развитие амбулаторно-поликлинического звена с распределением финансовых ресурсов на оказание амбулаторной помощи – до 60–65%, медицинской помощи в стационарах – 30–35%, на организацию скорой медицинской помощи – 7–10%. Реализация Программы осуществлялась за счет средств бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений» [3].

Проблемным направлением, которую выделяют многие специалисты в частности, В. З. Кучеренко и В. М. Алексеева, С. В. Шейман, Г.У.Улумбекова [4], является декларированный характер данной программы, поскольку в большинстве регионов за весь период её функционирования, так и не обеспечивалась финансами в полной мере. Дефицит финансирования в этих регионах в среднем составляет 20–40% от необходимых средств. Ещё выше был дефицит по территориальным программам ОМС. Здесь дефицит составлял 45–55%. Основной причиной этого были низкие отчисления органов исполнительной власти на ОМС неработающего населения (в среднем 60–70% по отношению к расчетному показателю).

С 2011 года средства Фонда ОМС увеличены за счет повышения единого социального налога и отчисления за счет него в фонд ОМС с 3,1% до 5,1%. За счет данного повышения и за счет централизации всех взносов ОМС Правительство РФ планирует увеличить долю данного источника финансирования здравоохранения до 69%. Шаги по достижению данной задачи были разработаны и утверждены в рамках ФЗ «Об обязательном медицинском страховании», принятым 19 ноября 2010 года и вступившим в силу с 1 января 2011 года. Кроме того в данном Законе были закреплены положения, которые создают возможность для свободного выбора гражданами страховой компании и получение бесплатной медицинской помощи по всей стране. До настоящего времени застраховаться можно было большинству категорий граждан только в тех компаниях, которые выбирали территориальные фонды обязательного медицинского страхования, а бесплатную медицинскую помощь за пределами своего субъекта Федерации, где зарегистрирован и застрахован гражданин РФ, было получить крайне сложно из-за проблем в получении компенсаций одного ТФОМС из ТФОМС другого субъекта РФ.

По словам Сергея Шишкина «Закон об ОМС также позволит выравнять финансовое обеспечение региональных программ страхования на уровне единого подушевого норматива затрат. Ведь разница между регионами в финансировании здравоохранения достигла в последние годы значительного размера, несмотря на программы выравнивания бюджетной обеспеченности регионов. Индекс Джини, характеризующий уровень различий в подушевом финансировании здравоохранения из региональных бюджетов, вырос с 0,195 в 1996 г. до 0,252 в 2009 году.

В продолжение модернизации отрасли и системы ОМС, и как противодействие росту региональной дифференциации в доступности медицинской помощи, летом 2007 года в 19 регионах страны был начат федеральный «пилотный» проект, предусматривающий переход к одноканальному финансированию медицинских учреждений через систему ОМС, внедрение новых финансовых механизмов и форм оплаты труда, ориентированных на объем и качество медицинской помощи [5]. До этого был проведен большой труд по разработке более 600 стандартов оказания медицинской помощи, из них 128 стандартов специализированной помощи и 80 стандартов амбулаторно-поликлинической помощи, на основе которых разрабатываются клинико-экономические нормативы, конкретизирующие требования федеральных стандартов и содержащие оценку стоимости оказания медицинской помощи. К сожалению, данная реформа была приостановлена.

Рассматривая систему добровольного медицинского страхования (ДМС), для более наглядного отражения ситуации, связанной с расходами данные, полученные нами в результате исследования, свидетельствуют, что добровольное медицинское страхование развито в нашей стране лишь в Центральном федеральном округе, доля которого в общей структуре выплат по ДМС составляет 76,4% или 30 339,233 млн руб. Вторым после Центрального федерального округа является Уральский федеральный округ, у которого всего лишь 8,9% в структуре выплат по договорам ДМС в 2009 году или 3546,499 млн руб.

Структуру выплат по договорам добровольного медицинского страхования в Центральном федеральном округе свидетельствует о том, что система ДМС развита лишь в городе Москва, где сконцентрировано 95,7% или 29 028,919 млн руб.

В таких областях как Белгородской, Брянской, Ивановской, Калужской, Костромской, Смоленской и Тамбовской вообще не осуществлялись выплаты по договорам ДМС. В остальных субъектах РФ, входящих в Центральный федеральный округ такие выплаты составляли менее 1%, кроме Московской области, доля которой составляет 3% или

895,360 млн руб. Представленные данные показывают, что система ДМС так и не получила своего развития в большинстве регионов РФ.

В России на современном этапе ее развития вопросы здравоохранения стоят очень остро. В результате позднего обращения по причине боязни высокой оплаты медицинских услуг выросла больничная летальность. Здоровье трудоспособного населения и продолжительность жизни значительно ниже аналогичных показателей, чем в развитых зарубежных странах. С целью решения вышеназванных проблем, с 2005 года стал реализовываться национальный проект «Здоровье», в рамках которого были значительно расширены расходы на здравоохранение. Это позволило снизить долю расходов населения на здравоохранение и улучшить качество, предоставляемых услуг. Однако качество остается ключевым вопросом при планировании государственных затрат на систему здравоохранения. С 2009 по 2010 годы расходы федерального бюджета на здравоохранение в общей структуре расходов увеличились с 2,5 до 3,6%, а у территориальных бюджетов сократились с 16,5 до 12,4%. Объемы консолидированного бюджета на здравоохранение к 2010 году увеличились до 3,7% от ВВП. Тем не менее, практика свидетельствует, что представленных средств для качественного изменения в представленной сфере явно не достаточно.

Увеличение государственных расходов в сфере здравоохранения уже приносит свои положительные результаты. Так, на заседании рабочей группы совета при Президенте РФ по национальным проектам от 14.03.2010 г. отмечалось, что в 2009 году в России на свет появилось 1 млн 717,5 тыс. малышей, что на 6,7% больше, чем в 2008 году. Коэффициент рождаемости составил 12,1 на 1000 населения против 11,3 в 2008 году. По итогам реализации национального проекта «Здоровье» за 2009 год убыль населения составила 363,5 тыс. человек, или на 22,7% меньше, чем год назад. Зафиксировано снижение смертности от болезней системы кровообращения, от новообразований, от некоторых инфекционных и паразитарных болезней [6].

Несмотря на субвенции в рамках национального проекта, реального притока медицинских кадров так и не произошло — дефицит врачебных кадров в разных регионах страны достигает 40–50%. В этой связи, нельзя не отметить весьма низкую оплату труда медицинских работников вообще, и врачей, в частности. Кстати заметить, что в общей структуре врачебных кадров страны участковые врачи составляют всего 3–5%. Кадровая же проблема относится к разряду ключевых, и то, что сегодня после получения медицинского образования более половины молодых врачей уходит из профессии, а через пять лет только 25–30% из них остаются работать в практическом здравоохранении.

Оптимизация и повышение эффективности расходования бюджетных средств возможно только в условиях изменения организационной деятельности ЛПУ как основных потребителей бюджетных средств здравоохранения.

Планирование деятельности ЛПУ и объемы получаемых ими бюджетных средств зависят от Медицинских управлений на местах. Но при этом, Медицинские управления, не несут непосредственной юридической ответственности за подчиненные ЛПУ, не занимаются вопросами эффективности экономики учреждений (минимизацией, результативностью, выгодностью и полезностью затрат). Так же они определяют поставщиков товаров и услуг для ЛПУ, порядок организации платежей, движение финансовых средств. Такая система создает ситуацию, что учреждения здравоохранения находятся в полной зависимости от органов управления здравоохранения и руководства муниципальной территории. В этой ситуации как отмечает Ю.Ю. Зинчук [7] администрации ЛПУ не прилагают сколь либо серьезных самостоятельных действий по улучшению состояния учреждений, а просто автоматически выполняют спущенные «сверху» распоряжения, пытаясь в условиях финансового дефицита хотя бы сохранить имеющийся кадровый и экономический «статус-кво».

В здравоохранении, несмотря на проводимые реформы, продолжается неэффективное использование имеющихся ресурсов и источников финансирования. Действующий механизм сметного финансирования бюджетополучателей является затратным, не создает стимулов к сокращению издержек, экономии бюджетных средств, повышению качества предоставляемых услуг.

Для повышения эффективности расходования бюджетных средств Правительство РФ реализовывает реформу – бюджетирование ориентированное на результат. В рамках данной реформы местные органы власти отчитываются по показателям расходов бюджета на душу населения. Положительным результатом этих отчетов является снижение «неэффективных расходов». В результате в большинстве регионов снижение этих расходов осуществлялось за счет закрытия сельских фельдшерских пунктов. В самих же учреждениях здравоохранения, главные врачи обязаны отчитываться о полноте выполнения, спущенного им муниципального заказа. На практике данные планы являются явно завышенными. Это заставляет врачей заниматься практикой «приписок». Если они не будут осуществлять эту деятельность, то могут недополучить заработную плату, а руководитель ЛПУ может лишиться своей дол-

жности. Данная ситуация не способствует разрешению кризиса в здравоохранении.

Таким образом, по нашему мнению наряду с разумным увеличением расходов на здравоохранение необходимо реформирование организационной и финансовой работы именно ЛПУ. Для этого необходимо осуществлять финансирование работы учреждений здравоохранения не на основании сметы, которая утверждается на основе явно завышенных нормативов, а на основании объема и качества предоставленных медицинских услуг. При этом руководители ЛПУ должны самостоятельно распоряжаться общегодовым фондом денежных средств, выделяемым им для деятельности учреждения. Сэкономленные финансовые средства должны оставаться в распоряжении учреждений, а не зачисляться в доходы бюджета местного органа власти. Планирование же бюджетных расходов на оказание населению медицинской помощи необходимо осуществлять на основании структуры заболеваемости населения.

Литература

1. Соколов Д. А. Совершенствование финансового обеспечения здравоохранения в РФ. М.: Академия бюджета и казначейства Министерства финансов РФ, 2009.
2. Поляк Г. Б. Территориальные финансы: Учебное пособие. М.: Вузовский учебник, 2006.
3. Кучеренко В. З., Алексеева В. М. Проблемы и задачи финансирования медицинских учреждений, виды и формы платежей// Экономист лечебного учреждения, № 7. 2010. С. 27
4. Шейман С. В. Стратегии трансформации государственных гарантий...//SPEO № 7, Осень—Зима. 2007. С. 35
5. Хальфин Р. А., Таджикиев И. Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения //»Менеджер здравоохранения». 2010. № 5. С. 24–30.
6. Официальный сайт Совета при Президенте России по реализации национальных проектов // Источник: <http://www.rost.ru>
7. Зинчук Ю.Ю. Введение договорных отношений, исключение сметного финансирования, расширение экономической самостоятельности ЛПУ — основа реформирования микроэкономики здравоохранения//«Менеджер здравоохранения», № 5, май 2008 г. С. 19.