**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение 3

1. Проблемы инвестиционной деятельности 6

2. Инвестиционная политика в сфере здравоохранения 10

3. Направления совершенствования инвестиционной политики 18

Заключение 23

Список использованной литературы 25

**Введение**

Здравоохранение призвано обеспечивать гарантии прав личности и общества на сохранение, охрану и восстановление здоровья, что является не только условием существования отдельной личности, но и целью общественного развития. Система здравоохранения, охватывающая все ведомственные и отраслевые уровни экономики государства, представляет собой не только совокупность лечебно-профилактических учреждений – здравоохранение тесно связано с экологией, охраной труда, социальными программами и т.д. В связи с этим многие ученые и практики одной из важнейших функций здравоохранения называют поддержку и восстановление равновесия и гармонии индивидуального и общественного здоровья с окружающей природной и социальной средой.

Таким образом, обществом здравоохранение воспринимается как неотъемлемая составляющая уровня и качества жизни – в частности, играющая важнейшую роль в экономическом развитии государства, обеспечивающая воспроизводство и качество трудовых ресурсов, создающая базу для социально-экономического роста. Система здравоохранения государства является одним из элементов, обеспечивающих национальную безопасность страны.

Здравоохранение изначально представляло собой одну из сфер деятельности, наиболее жестко регулируемых государством. Это связано с тем, что услуги и программы, реализуемые в системе здравоохранения, напрямую связаны со здоровьем и жизнью человека. Жесткое государственное регулирование деятельности учреждений здравоохранения, включая вопросы управления и ценообразования, попытки, предпринимавшиеся в том числе в развитых странах, полностью финансировать здравоохранение посредством государственного бюджета обусловили более позднее и неполное внедрение современных методов и способов управления, в том числе маркетинга.

Кроме того, медицинские работники рассматривали свою работу как искусство и не считали нужным вникать в проблемы экономики предприятия и ее оптимизации.

Вместе с тем опыт экономически развитых стран доказывает, что здравоохранение не может существовать на принципах альтруизма и государства благосостояния. Изменения в экологии, психологии людей, состоянии общественного здоровья, макроэкономические тенденции не позволяют государству брать на себя полностью расходы по здравоохранению. Значительная часть как расходов, так и ответственности ложится на самих потребителей и страховые организации.

Эффективность развития здравоохранения как в капиталистических, так и в бывших социалистических странах оценивалась по показателям смертности пациентов, сроков их выздоровления, количества удачных операций, разработки новых, более совершенных методов лечения и т.д. Экономические показатели деятельности при этом практически не рассматривались. Поэтому учреждения здравоохранения не стремились сокращать расходы на оказываемые населению услуги, оптимизировать ценообразование и т.д. При этом рост государственных расходов на здравоохранение не останавливался, достигнув в настоящее время значительных цифр: 845 долл. США на душу населения в Испании; 13,5% ВВП, или свыше 3465 долл. на душу населения в США; 9,4% ВВП, или 1650 долл. на душу населения, во Франции, 10,3% ВВП, или 2064 долл. на душу населения, в Канаде)[[1]](#footnote-1). В итоге правительства большинства стран стали разрабатывать и реализовывать программы, направленные на сокращение государственных дотаций на здравоохранение, перенос части расходов на системы страхования – как обязательного, так и добровольного, доходы частных лиц, благотворительные учреждения и т.д.

Следствием этого явились значительные изменения в финансировании медицинских учреждений, которые послужили основной предпосылкой к использованию современных экономических методов управления учреждениями здравоохранения.

Сокращение государственных дотаций, контроль расходов со стороны страховых компаний, внедрение этических стандартов в медицине привели к тому, что со стороны учреждений здравоохранения повысился спрос на внешние дополнительные инвестиции, что привело к росту конкуренции на инвестиционном рынке. Ей способствовало еще и то, что коммерческие предприятия ставят своей конечной целью получение прибыли, которая зависит от качества лечения, а государственные и муниципальные учреждения должны выдерживать конкуренцию, а значит, также совершенствовать услуги, для чего необходимы дополнительные средства.

В данных условиях предприятия заинтересованы как в привлечении дополнительных пациентов, что предполагает предложение высококачественных услуг, работу высококвалифицированного персонала, так и в формировании положительного имиджа устойчивого предприятия, надежного объекта для инвестирования, обладающего дополнительной социальной значимостью.

**1. Проблемы инвестиционной деятельности**

Организация здравоохранения характеризуется в последние годы наличием проблем, решение которых требует реформирования сложившейся здесь системы управления и финансирования.  Суть  этих проблем сводится к следующему:

* несбалансированность государственных гарантий предоставления гражданам бесплатной медицинской помощи с размерами государственного финансирования этих гарантий;
* неудовлетворительная координация действий различных субъектов системы управления и финансирования здравоохранением;
* незавершенность введения системы обязательного медицинского страхования и эклектичность сочетания элементов бюджетной и страховой систем финансирования здравоохранения;
* неэффективное распределение государственных средств на финансирование амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, приобретения лекарственных средств, медицинского оборудования, строительства и реконструкции объектов здравоохранения;
* воспроизводство затратного типа хозяйствования медицинских организаций.

В «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных и принятых к исполнению Правительством в июне 2000 г., в качестве первоочередных задач реформирования здравоохранения на годы были установлены:

* формирование объединенной системы медико-социального страхования;
* обеспечение хозяйственной самостоятельности и увеличение разнообразия организационно-правовых форм медицинских организаций;
* рационализация программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Но на практике ощутимых продвижений в решении этих задач не произошло ни в 2001, ни в 2002 гг.

Реформа системы финансирования здравоохранения, проведенная в первой половине 90-х годов, создала своеобразные «институциональные ловушки»  для самой этой системы. Фактический отказ от пересмотра государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения в сочетании с сокращением размеров их государственного финансирования привели к широкомасштабному замещению государственных расходов частными, преимущественно в формах  теневых и квазиформальных платежей, при которых и государственные, и частные средства расходуются неэффективно. При этом политические и экономические издержки  изменения сложившегося сочетания формальных и неформальных институтов оплаты медицинской помощи оказываются очень высокими.

Еще одна институциональная ловушка возникла вследствие введения в 1993 г. взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в размере 3,6% от фонда оплаты труда, явно  недостаточном для полноценного финансового обеспечения медицинской помощи этой категории застрахованных, что усугубляется к тому же отсутствием четких правил осуществления страховых платежей за неработающее население из местных и региональных бюджетов и ограниченностью возможностей федерального центра заставить региональные и местные власти производить такие платежи в достаточных размерах. Это породило множество эклектичных и неэффективных региональных бюджетно-страховых моделей финансирования здравоохранения, которые теперь, однако, не могут быть изменены без серьезных политических издержек.

Определенной проблемой стали и условия участия страховых компаний в системе обязательного медицинского страхования. Сформированная нормативно-правовая база не стимулирует развитие конкуренции между страховщиками и не ориентирует их на рост эффективности использования страховых средств и ресурсного потенциала системы здравоохранения. В результате многие страховщики стали пассивными и потому излишними посредниками в движении финансовых средств от фондов обязательного медицинского страхования к медицинским организациям. Формальные правила заключения договоров между страхователями, страховщиками и  медицинскими организациями в значительной мере дополняются неформальными правилами и соглашениями, препятствующими эффективному использования страховых средств. В сложившейся ситуации административные издержки развития  легальной конкуренции между страховщиками и превращения их в эффективных участников системы обязательного медицинского страхования оказываются слишком велики[[2]](#footnote-2).

В итоге существующая система государственного финансирования здравоохранения оказалась в положении достаточно устойчивого, но неэффективного институционального равновесия. Ее реформирование необходимо, но трудно осуществимо без сильного внешнего давления. Нормотворческая деятельность в сфере здравоохранения в последнее время служит хорошим подтверждением данного вывода.

Это деятельность была несколько более активной, чем в году предшествующем, но произведенные  институциональные инновации в весьма малой степени способствовали решению ключевых организационно-экономических проблем отрасли. Их основная направленность выражается в определенном усилении роли федерального отраслевого министерства в управления системой здравоохранения.

С 1999 г. действует механизм государственной регистрации цен отечественных производителей и импортеров лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского  назначения. Этот перечень включает более 750 непатентованных наименований, которым соответствует более 6 тысяч торговых наименований из более чем 14 тысяч наименований зарегистрированных  медикаментов. Нововведения касаются процедуры регистрации цен. Заявляемая производителем или импортером отпускная цена на лекарственное средство должна быть согласована с Министерством  экономического  развития  и торговли РФ  и Министерством  промышленности,   науки  и технологий РФ. В новом постановлении решающая роль в организации процесса регистрации отведена Министерству здравоохранения РФ. Ранее оно должно было выполнять, по сути, технические функции – регистрировать цены, согласованные заявителями с указанными министерствами. Теперь необходимые для регистрации документы направляются заявителем не в Минэкономразвития, а в Минздрав, который сам направляет их в вышеуказанные министерства. Если  МЭРТ и Минпромнауки имеют различные мнения о возможности   согласования   цены,   Минздрав выполняет посреднические функции в достижении необходимого согласия. Далее именно Минздрав принимает окончательное решение о государственной регистрации предельной отпускной  цены.

Критерии согласования размеров цен четко не определены, что дает простор для теневых сделок между чиновниками и заявителями. Ранее действовавший порядок предусматривал, что в  согласовании  и государственной  регистрации  цены  на лекарственное средство, включенное в перечень, может быть отказано в случае, если заявитель  представил недостоверную информацию, или если анализ представленной заявителем информации показал,  что цена на  лекарственное  средство  в странах  Европейского  союза либо в стране его происхождения при сопоставимых расходах на транспортировку и хранение существенно  ниже  предлагаемой для регистрации.

Анализ произведенных изменений в порядке регулирования цен на лекарственные средства заставляет сделать вполне однозначный вывод, что эти изменения служат интересам сотрудников Минздрава РФ, которые занимаются регулированием фармацевтической деятельности, и интересам крупных фирм, осуществляющих оптовую торговлю лекарственными средствами.

##### 2. Инвестиционная политика в сфере

##### здравоохранения

Проанализируем инвестиционные расходы федерального бюджета в 2003 г. Государственные инвестиции в объекты здравоохранения рассредоточены по различным госзаказчикам и программам. В число государственных заказчиков объектов здравоохранения, финансируемых из федерального бюджета, входят 10 федеральных министерств и ведомств, а также администрация Ставропольского края.

Ведущим государственным заказчиком по инвестициям в объекты здравоохранения был Минфин РФ *–* 416 млн. руб. или 43,1% от общего объема инвестиций. Минфин является госзаказчиком по объектам здравоохранения, финансируемым вне федеральных целевых программ (вне «программной части») и находящимся в собственности субъектов Федерации и в муниципальной собственности. Следует отметить, что данные объекты первоначально не были включены в перечень объектов для инвестирования и оказались в списке лишь после внесения Государственной Думой поправок в проект бюджета, представленный правительством. Очевидно, такие объекты являются результатом сделок правительства с депутатами.

Лишь второе место среди госзаказчиков занимает Минздрав РФ– 314,1 млн. руб., или 32,5% от общего объема инвестиций. В рамках целевых программ предусмотрены капвложения в объеме 134,5 млн. руб., в рамках непрограммной части – 179,6 млн. руб. В рамках непрограммной части Минздрав РФ является госзаказчиком по объектам здравоохранения, находящимся в федеральной собственности.

МЧС РФ занимает третье место по объему инвестиций – 101,2 млн. руб. или 10,5% от общего объема инвестиций в объекты системы здравоохранения. Весь объем данных средств осваивается в рамках федеральной целевой программы «Дети Чернобыля».

Большая часть объема государственных инвестиций в объекты здравоохранения производится вне федеральных целевых программ (вне программной части). В 2002 гг. это было 59,7% всех ассигнований, в 2003 г. – 70,4%%. Государственными заказчиками в непрограммной части являются Минфин РФ, Минздрав РФ, РАМН, ФУ «Медбиоэкстрем», Управление делами Президента РФ.

Государственными заказчиками целевых программ являются Минздрав РФ, МЧС РФ, Минэкономразвития РФ, Минюст РФ, Минспорт РФ, Госкомэкология, а также администрация Ставропольского края. Среди целевых программ основной объем инвестиций предусмотрен по программам «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в РФ» – 128,5 млн. руб. и «Дети Чернобыля» – 101,2 млн. руб., или 44,9% и 35,4% соответственно от объема инвестиций, запланированных в рамках программной части.

Объемы инвестиций в объекты здравоохранения в рамках других целевых программ значительно ниже. Суммарный объем инвестиций по  ним составляет 56,5 млн. руб.  (19,7%). Объектами инвестирования в рамках данных целевых программ (за исключением программ «Безопасное материнство» и «Медицина катастроф») являются: станция скорой помощи, детская больница и поликлиника, больница восстановительного лечения по программе «Развитие особо охраняемого эколого-курортного региона РФ – Кавказских минеральных вод», онкологический центр по программе «Социально-экологическая реабилитация территории Самарской области и охрана здоровья ее населения», строительство курорта по программе «Экономическое и социальное развитие Республики Коми», центр госсанэпиднадзора  по программе «Социально-экономическое развитие Ставропольского края». Следует отметить, что в проекте федерального бюджета на 2003 г. не планировалось осуществлять инвестирование в объекты здравоохранения в рамках вышеперечисленных программ, включение  этих инвестиций в состав расходов федерального бюджета было произведено на основе поправок, предложенных Государственной Думой.

Существующая система инвестирования затрудняет координацию инвестиционных потоков и оценку эффективности капвложений. В качестве примеров нескоординированности инвестиционных решений можно привести:

* строительство и реконструкция акушерских корпусов и роддомов в рамках программы «Дети Чернобыля» (госзаказчик МЧС, объем инвестиций на 2003 г. – 25 млн. руб.), а также в рамках непрограммной части (госзаказчик – Минфин, объем инвестиций на 2003 г. – 54,4 млн. руб.)  при наличии целевой программы «Безопасное материнство» (госзаказчик – Минздрав России);
* строительство перинатального центра в Республике Ингушетия финансируется в рамках непрограммной части, в то время как развитие сети данных учреждений является задачей программы «Безопасное материнство»
* реконструкция центра госсанэпиднадзора Красногвардейского района Ставропольского края осуществляется по программе «Социально-экономическое развитие Ставропольского края» (госзаказчик – Минэкономразвития России), в то время как данное учреждение относится  к системе Минздрава России;
* в Иркутской области инвестирование в комплекс по профилактике и борьбе со СПИДом проходит вне рамок программной части, в то время как Минздрав России реализует целевую программу по борьбе со СПИДом.

С целью анализа инвестиционной политики в региональном разрезе была проведена группировка регионов в соответствии с комплексной оценкой их социально-экономического развития в 2001 г., проведенной Минэкономразвития России[[3]](#footnote-3). Распределение запланированных на 2003 год инвестиций в объекты региональной и муниципальной систем здравоохранения по субъектам Федерации представлено в табл. 1. В тройку лидеров вошли Московская область (47 млн. руб.), Ленинградская область (34,8 млн. руб.) и Оренбургская область (32,1 млн. руб.). Следует отметить, что Оренбургская область относится к группе регионов с уровнем экономического развития выше среднего. В то же время из десятки регионов, которые получили в 2003 г. наименьший объем инвестиций, пять  регионов являются регионами с низким и крайне низким уровнем экономического развития.

Анализ показывает отсутствие прямой связи между уровнем экономического развития регионов и размерами инвестиций в соответствующие территориальные системы здравоохранения, осуществляемых из федерального бюджета. Так, в 2003 г. регионы с уровнем развития  выше среднего получили в форме инвестиций в объекты здравоохранения из федерального бюджета  81,7 млн. руб. (9 регионов), регионы со средним уровнем развития – 113,9 млн. руб. (14 регионов), регионы  с уровнем развития ниже среднего – 207,2 млн. руб. (16 регионов),  регионы с низким уровнем развития – 133,7 млн. руб. (16 регионов), регионы с крайне низким уровнем развития – 87,2 млн. руб. (12 регионов).

Таблица 1[[4]](#footnote-4)

**Государственные инвестиции из федерального бюджета в объекты**

**регионального и местного подчинения, запланированные на 2003 г.[[5]](#footnote-5)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Субъект РФ** | **Объем  инвестиций из федерального бюджета на объекты регионального и местного подчинения (тыс. руб.)** |
| Регионы с относительно высоким уровнем развития иуровнем развития выше среднего | |
| **Оренбургская обл.** | **32100** |
| г.Санкт-Петербург | 16500 |
| Хабаровский край | 11500 |
| Ярославская обл. | 7000 |
| Самарская обл. | 4000 |
| г. Москва | 4000 |
| Республика Татарстан | 3000 |
| Липецкая обл. | 2600 |
| Ямало-Ненецкий АО | 1000 |
| Регионы со средним уровнем развития | |
| **Белгородская обл.** | **16900** |
| Саратовская обл. | 13500 |
| Курская обл. | 12000 |
| Иркутская обл. | 11500 |
| Нижегородская обл. | 9500 |
| Тульская обл. | 9000 |
| Краснодарский край | 8500 |
| Красноярский край | 8000 |
| Смоленская обл. | 7500 |
| Ростовская обл. | 5000 |
| Астраханская обл. | 4500 |
| Тюменская обл. | 4000 |
| Новгородская обл. | 2500 |
| Калининградская обл. | 1000 |
| Пермская обл. | 500 |
| Регионы с уровнем развития ниже среднего | |
| **Московская обл.** | **47000** |
| **Ленинградская обл.** | **34800** |
| **Ставропольский край** | **25500** |
| **Свердловская обл.** | **20000** |
| **Воронежская обл.** | **17000** |
| Приморский край | 11500 |
| Орловская обл. | 8600 |
| Кемеровская обл. | 7000 |
| Волгоградская обл. | 7000 |
| Ненецкий АО | 5900 |
| Вологодская обл. | 5000 |
| Калужская обл. | 5000 |
| Архангельская обл. | 4500 |
| Тамбовская обл. | 4400 |
| Новосибирская обл. | 4000 |
| Регионы с низким уровнем развития | |
| **Брянская обл.** | **20900** |
| Республика Мордовия | 16700 |
| Тверская обл. | 13500 |
| Рязанская обл. | 13100 |
| Чувашская Республика | 13000 |
| Владимирская обл. | 11000 |
| Республика Северная Осетия-Алания | 9500 |
| Кабардино-Балкарская Республика | 8000 |
| Республика Калмыкия | 6500 |
| Республика Бурятия | 5000 |
| Костромская обл. | 4000 |
| Республика Адыгея | 4000 |
| Кировская обл. | 4000 |
| Псковская обл. | 3500 |
| Ивановская обл. | 1000 |
| Регионы с крайне низким уровнем развития | |
| **Республика Дагестан** | **23500** |
| **Читинская обл.** | **18000** |
| Республика Тыва | 11000 |
| Пензенская обл. | 8700 |
| Республика Марий-Эл | 5500 |
| Курганская обл. | 5500 |
| Республика Ингушетия | 5000 |
| Еврейская АО | 5000 |
| Коми-Пермяцкий АО | 3000 |
| Усть-Ордынский Бурятский АО | 1000 |
| Агинский Бурятский АО | 500 |
| Республика Алтай | 500 |
| ИТОГО | 623700 |

Аналогичная картина имела место и в 2002 г. Данные за этот год позволяют также провести анализ взаимосвязи между размерами средств федерального бюджета, инвестированных в объекты региональных и муниципальных систем здравоохранения, с показателями заболеваемости и развитости материальной базы территориальных систем здравоохранения. Более четверти от объема средств, инвестированных в объекты региональной и муниципальной систем здравоохранения (28,4%) в 2002 г., поступило в детские медицинские учреждения. В табл. 2 приведены данные об объемах инвестиций и уровне детской заболеваемости в регионах – получателях средств.  Из 24 регионов только в десяти уровень детской заболеваемости превышал среднероссийский.

Таблица 2

**Распределение инвестиций из федерального бюджета в детские**

**лечебные учреждения по субъектам Федерации в 2002 г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Субъект РФ | **Объем выделенных инвестиций из федерального бюджета на детские медицинские учреждения (тыс. руб.)** | **Детская заболеваемость на 100 тыс. детского населения в 2000 г.** | | **Отношение уровня заболеваемости в регионе к среднероссийскому показателю** | |
| Российская Федерация | | | 182985 | | 1 | |
| Регионы с относительно высоким уровнемразвития и уровнем развития выше среднего | | | | | | |
| Липецкая обл. | 5700\* | 172504 | | 0,94 | |
| Хабаровский край | 2500 | 187132 | | 1,02 | |
| г. Москва | 1500 | 260996 | | 1,43 | |
| Регионы со средним уровнем развития | | | | | | |
| Тульская обл. | 11000 \* | 170560 | | 0,93 | |
| Курская обл. | 7000 \* | 166902 | | 0,91 | |
| Белгородская обл. | 4000 \* | 186872 | | 1,02 | |
| Саратовская обл. | 3500 | 184681 | | 1,01 | |
| Смоленская обл. | 1200 | 196913 | | 1,08 | |
| Томская обл. | 500 | 209452 | | 1,14 | |
| Регионы с уровнем развития ниже среднего | | | | | | |
| Орловская обл. | 12600 \* | 188597 | | 1,03 | |
| Тамбовская обл. | 6700 \* | 187658 | | 1,03 | |
| Калужская обл. | 6500 \* | 210494 | | 1,15 | |
| Московская обл. | 6240 \* | 188769 | | 1,03 | |
| Воронежская обл. | 5400 \* | 137744 | | 0,75 | |
| Ленинградская обл. | 3800 \* | 161154 | | 0,88 | |
| Свердловская обл. | 1500 | 171833 | | 0,94 | |
| Регионы с низким уровнем развития | | | | | | |
| Брянская обл. | 18970 \* | 175605 | | 0,96 | |
| Рязанская обл. | 7400 \* | 174344 | | 0,95 | |
| Республика Северная Осетия-Алания | 4000 | 107267 | | 0,58 | |
| Республика Адыгея | 2900 | 116448 | | 0,63 | |
| Республика Калмыкия | 1000 | 143257 | | 0,78 | |
| Регионы с крайне низким уровнем развития | | | | | | |
| Пензенская обл. | 10800 \* | 170066 | | 0,93 | |
| Читинская обл. | 3000 | 126539 | | 0,69 | |
| Республика Ингушетия | 1400 | 115006 | | 0,63 | |
|  | | | | | | |
| ВСЕГО | 129110 |  | |  | |
| *Примечание:* \* Все средства выделены по федеральной целевой программе «Дети Чернобыля». | | | | | |

Другим крупным объектом инвестирования на региональном уровне являлись в 2002 г. онкологические медицинские учреждения – 7,6% инвестиций в объекты региональной и муниципальной систем здравоохранения. В табл. 3 приведены данные об объемах инвестиций и уровне онкологической заболеваемости в регионах – получателях средств.  Из 9 регионов в двух регионах – Иркутской области и Республике Удмуртия  – уровень онкологической заболеваемости был на 16-17% ниже среднероссийского. Следует отметить, что Иркутская область также относится к группе регионов со средним уровнем развития.

Таблица 3

**Распределение инвестиций из федерального бюджета в**

**онкологические учреждения по субъектам Федерации в 2002 г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Субъект РФ** | **Объем выделенных инвестиций из федерального бюджета на онкологические медицинские учреждения (тыс. руб.)** | **Онкологическая заболеваемость, на 100 тыс.**  **населения, 2002 г.** | |
| Российская Федерация | | 309,3 | |
| Регионы с относительно высоким уровнем развития и уровнемразвития выше среднего | | | |
| Самарская обл. | 3000 | | 357,3 |
| Оренбургская обл. | 2000 | | 315,3 |
| Регионы со средним уровнем развития | | | |
| Иркутская обл. | 10000 | | 260,3 |
| Новгородская обл. | 10000 | | 366,8 |
| Саратовская обл. | 3000 | | 356,7 |
| Регионы с уровнем развития ниже среднего | | | |
| Республика Удмуртия | 1500 | | 256,1 |
| Московская обл. | 200 | | 341,5 |
| Регионы с низким уровнем развития | | | |
| Костромская обл. | 3500 | | 339,4 |
| Алтайский край | 1500 | | 354,8 |
| ВСЕГО | 34700 | |  |

##### 3. Направления СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ

##### ИНВЕСТИЦИонной политики

Создание *единой системы обязательного медико-социального страхования* является одним из действенных средств решения проблем инвестирования в сфере здравоохранения, включая проблемы их взаимодействия в осуществлении разных видов затрат, связанных с профилактикой заболеваний, лечением и реабилитацией заболевших и возмещением им утраченного заработка. Ключевым препятствием для завершения работы над законопроектом являлось определение источников страховых взносов за неработающее население.

В настоящее время страховые взносы за неработающих граждан в системе обязательного медицинского страхования осуществляются за счет средств, предусматриваемых в местных бюджетах и бюджетах субъектов РФ. Федеральное законодательство никак не регулирует размеры таких взносов, что выступает одной из основных причин неполного введения обязательного медицинского страхования и сложившейся его эклектической комбинации со старой системой бюджетного финансирования.

В ходе работы над законопроектом рассматривались разные возможные источники искомых взносов: часть поступлений от налога на доходы физических лиц, поступления от акцизов на алкогольную продукцию и табак и др. Окончательного выбора в пользу того или иного варианта сделано не было, что и стало главной причиной задержки с подготовкой и принятием указанного законопроекта.

Важным инструментом преодоления затратного типа хозяйствования медицинских организаций является переход от сметного порядка выделения бюджетных ассигнований к финансированию, увязанному с результирующими показателями их работы.  Еще в 2000 году Минздрав РФ своим приказом декларировал переход в 2000-2001 гг. к использованию нового механизма финансирования подведомственных ему федеральных учреждений здравоохранения[[6]](#footnote-6).

Предполагалось осуществлять бюджетное финансирование их клинической деятельности на основе тарифов за пролеченных больных по законченным случаям лечения. Тарифы должны быть дифференцированы в соответствии с нозологическими формами (видами заболеваний) и протоколам ведения больных, используемыми в федеральных клиниках. В 2001 г. Минздрав РФ начал апробацию нового механизма. Нововведения было решено ограничить изменением лишь порядка бюджетного финансирования оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи, то есть порядка финансирования лишь по одному из разделов (1701/430/315) функциональной классификации бюджетных расходов. Новый механизм вызвал негативное отношение руководителей большинства федеральных клиник,  не желающих никаких изменений в сложившемся и удобном для них порядке выделения бюджетных средств, который не предусматривал никакой ответственности за результаты использования ассигнований. В итоге новый механизм финансирования был внедрен в 2001 г. в экспериментальном порядке лишь в одном федеральном медицинском учреждении – Научном центре акушерства, гинекологии  и перинатологии РАМН (Москва). При этом большую активность во внедрении нового механизма проявил не столько Минздрав, сколько Центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

Всем остальным федеральным клиникам финансирование оказания высокотехнологических видов медицинской помощи на 2003 г. устанавливалось без утверждения соответствующих тарифов и без эксплицирования критериев распределения средств. По сути, для них был сохранен прежний порядок бюджетного финансирования. Фактическое неисполнение приказа Минздрава свидетельствует о том, что взаимоотношения между руководством Минздрава и руководителями федеральных клиник далеки от отношений прямого административного подчинения. Руководство Минздрава предпочитало не настаивать на безусловном выполнении своего приказа, а пыталось скорее убедить несогласных в целесообразности перехода к новому механизму финансирования.

В основе такой позиции, вероятно, лежат два главных соображения.  Во-первых, руководители крупнейших федеральных клиник обладают значительным влиянием в «коридорах власти», в том числе через своих бывших высокопоставленных пациентов. Во-вторых, руководители федеральных клиник являются одновременно и руководителями Российской академии медицинских наук. Членство в академии является высокопрестижным в медицинском сообществе. В силу, по всей видимости, именно этих причин руководство Минздрава не рискует идти на серьезный конфликт с противниками продекларированных им нововведений.

Все это позволяет охарактеризовать взаимоотношения между Минздравом и ведущими федеральными клиниками как отношения квазипартнерства и взаимной зависимости. Следовательно, любые будущие нововведения, направленные на повышение эффективности использования бюджетных средств, имеют шанс на практическую реализацию, либо если и Минздрав, и федеральные клиники  окажутся под жестким давлением со стороны Минфина и руководства правительства, либо если эти нововведения будут расцениваться самими федеральными клиниками как отвечающие их интересам.

В соответствии с планом действий Правительства РФ в течение прошедшего года велась разработка предложений о расширении спектра форм организаций, действующих в социальной сфере, и в здравоохранении в частности. Такое расширение особо  актуально для государственных и муниципальных учреждений. Бюджетный Кодекс требует, чтобы в утверждаемой учреждению смете доходов и расходов были отражены все виды доходов учреждения. У учреждений, оказывающих различные виды медицинской помощи, в современных экономических условиях неизбежно возникают потребности в перераспределении своих расходов по сравнению с первоначально утвержденной сметой.

Но для этого учреждение должно добиться утверждения распорядителем бюджетных средств и казначейством изменений в смете доходов и расходов. Сметное финансирование существенно ограничивает хозяйственную самостоятельность организаций, имеющих значительные поступления из внебюджетных источников, и вынуждает их прибегать к использованию теневых схем привлечения  и расходования финансовых средств. Сам статус бюджетного учреждения, предполагающий использование сметного финансирования, не обеспечивает той меры хозяйственной самостоятельности производителей медицинских услуг, которая необходима для актуализации их экономического интереса к рациональному хозяйствованию.

Для того, чтобы обеспечить последовательный переход к целевому  финансированию государственных и муниципальных организаций здравоохранения и гарантировать им определенную самостоятельность в принятии хозяйственных решений, необходимо изменение существующего правового статуса этих организаций. Целесообразно преобразовать существующие лечебно-профилактические учреждения в новую организационно-правовую форму – специализированную государственную (муниципальную) некоммерческую организацию[[7]](#footnote-7).

Искомая форма организации имеет следующие ключевые свойства с точки зрения гражданского и бюджетного законодательств:

* учредитель наделяет организацию имуществом на праве хозяйственного ведения, а не оперативного управления, как в случае учреждения; поэтому на данную организацию не распространяется понятие бюджетного учреждения, определенное в Бюджетном кодексе, и, соответственно, не распространяются требования Бюджетного кодекса о финансировании ее деятельности по смете доходов и расходов;
* функции надзора за финансово-хозяйственной деятельностью организации осуществляет коллегиальный орган – попечительский совет, формируемый учредителем;
* орган государственной власти (орган Российской Федерации или орган  субъекта Российской Федерации) либо орган местного самоуправления, в ведении которого находится специализированная государственная (муниципальная) некоммерческая организация,  вправе устанавливать  этой организации задания по оказанию  государственных (муниципальных) услуг  при условии финансирования этих услуг из соответствующего бюджета по нормативам, обеспечивающим полное возмещение затрат на оказание государственных (муниципальных) услуг в соответствии с заданием;
* финансирование специализированных государственных (муниципальных) некоммерческих организаций из средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов и государственных внебюджетных фондов может осуществляться также в форме оплаты товаров, работ, услуг, выполняемых этими организациями по государственным (муниципальным) заказам, или в рамках  конкретных видов обязательного социального страхования.

Введение новой организационно-правовой формы позволит обеспечить эффективное функционирование основной части государственных и муниципальных организаций здравоохранения. Вместе с тем за отдельными организациями – такими, как военные госпитали, санитарно-эпидемиологические станции и др., целесообразно сохранить статус учреждения, поскольку здесь принципиально важно не утратить возможности управления деятельностью этих организаций вышестоящими органами управления.

**Заключение**

В результате анализа государственных инвестиций в объекты региональных и муниципальных систем здравоохранения не наблюдается взаимосвязей между объемами  капитальных расходов с уровнем социально-экономического развития регионов, ресурсной обеспеченностью территориальных систем здравоохранения, уровнем заболеваемости. Следовательно, основными факторами, определяющими направление инвестиций в конкретные объекты здравоохранения в регионах, являются факторы политические.

Для обеспечения координированной и рациональной с точки зрения организации системы здравоохранения инвестиционной политики целесообразно сконцентрировать инвестиции в здравоохранение в рамках единой федеральной инвестиционной программы (подпрограммы) в области здравоохранения, госзаказчиком которой будет Минздрав РФ. Одновременно необходимо добиться существенного сокращения числа объектов здравоохранения, инвестируемых в рамках непрограммной части. Это создаст благоприятные институциональные условия для повышения обоснованности и обеспечения системности инвестиционных проектов и их соответствия стратегическим приоритетам развития системы здравоохранения,  определяемым Правительством РФ.

Предлагаемое объединение создаст условия для применения современных методов оценки социально-экономической эффективности инвестиционных проектов в здравоохранении, повысит прозрачность принимаемых решений, ослабит влияние на них политических факторов и уменьшит возможности лоббирования, ведущего к экономически неэффективному использованию ресурсов.

Целесообразно финансировать за счет федеральных инвестиций объекты только федерального, межрегионального и регионального значения, обеспечивающие предоставление медицинской помощи третичного уровня (то есть с использованием новых технологий, не получивших еще массового применения). Капитальные расходы на финансирование муниципальных объектов здравоохранения, в особенности общего профиля, предоставляющих медицинскую помощь первичного и вторичного уровней (центральные районные больницы, участковые и районные больницы, амбулатории) должны производиться из средств бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов. Источником недостающих средств для осуществления таких расходов должны выступать средства Фонда поддержки субъектов РФ.

Необходимо повысить обоснованность планирования капитальных расходов на здравоохранение из бюджетов всех уровней. Объемы инвестиций в объекты территориальных систем здравоохранения должны жестко увязываться с уровнем социально-экономического развития регионов, уровнем заболеваемости, уровнем ресурсной обеспеченности региональных систем здравоохранения и интенсивностью использования их ресурсов.

С этой целью предлагается установить обязательность получения заключений вышестоящих органов исполнительной власти на проекты решений об инвестициях в здравоохранение (строительство новых объектов здравоохранения и приобретение дорогостоящего оборудования) за счет средств бюджетов субъектов РФ и муниципальных бюджетов. Это соответствует зарубежной практике: во многих  странах действует разрешительная система закупки дорогостоящего оборудования и строительства новых объектов здравоохранения.

**Список использованной литературы**

1. Боханов С.Ю., Вапнярская О.И. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении. // Маркетинг в России и за рубежом. – №2. –2002.
2. Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России. Кризис и пути преодоления. – М.: Медицина, 1999.
3. Инвестируя в здоровье, поможем вырваться из нищеты. // Фармацевтический вестник. – №10. –2002.
4. Куштанина Е.В., Рудник Б.Л., Шишкин С.В., Якобсон Л.И. Изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений. – М., 2002.
5. Российская экономика в 2000 году. Тенденции и перспективы. – М.: ИЭПП, 2001.
6. Салахутдинова С., Шишкин С. Инвестиционную политику пора менять. // Медицинский вестник. – №10. – 2003.
7. Уточненные параметры прогноза социально-экономического развития РФ на период до 2003 г. – Москва, Минэкономразвития России , 2001.
8. Шишкин С.В. Реформа финансирования Российского  здравоохранения. – М.: ИЭПП, Теис,  2002.
9. Шмелькова Е. Инвестиции в здравоохранение необходимы для достижения экономического роста. // Фармацевтический вестник. – №3. –2002.

1. Венедиктов Д.Д. Здравоохранение России. Кризис и пути преодоления. – М.: Медицина, 1999. С. 34-35. [↑](#footnote-ref-1)
2. Шишкин С.В. Реформа финансирования Российского  здравоохранения. – М.: ИЭПП, Теис,  2002. С. 74. [↑](#footnote-ref-2)
3. Уточненные параметры прогноза социально-экономического развития РФ на период до 2003 г. – Москва, Минэкономразвития России , 2001. [↑](#footnote-ref-3)
4. *Источник:* Салахутдинова С., Шишкин С. Инвестиционную политику пора менять. // Медицинский вестник. – №10. – 2003. [↑](#footnote-ref-4)
5. Здесь и далее группировка регионов дана в соответствии с комплексной оценкой их социально-экономического развития в 1999 г., проведенной Минэкономразвития России (Уточненные параметры прогноза социально-экономического развития РФ на период до 2003 г. – Минэкономразвития России, г. Москва, декабрь 2000 г.). [↑](#footnote-ref-5)
6. Российская экономика в 2000 году. Тенденции и перспективы. – М.: ИЭПП, 2001. С. 105. [↑](#footnote-ref-6)
7. Куштанина Е.В., Рудник Б.Л., Шишкин С.В., Якобсон Л.И. Изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений. – М., 2002. С. 21-22. [↑](#footnote-ref-7)