

ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ БЮДЖЕТА, КАК ИНСТРУМЕНТА ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ

Традиционная схема ассигнования здравоохранения построена на финансировании учреждения в пределах выделенных средств по смете и его размеры зависят от пропускной способности учреждения, но не от реальных объемов и качества предоставляемых услуг. Советская система здравоохранения была ориентирована на рост числа врачей, медицинских учреждений. В итоге показатели количества врачей и больничных коек на тысячу граждан у нас довольно высокие. В 2005 году на 10 тыс. белорусских граждан приходилось около 40 врачей и 115 больничных коек. В странах Западной Европы в среднем соответственно 39 врачей и 42 больничные койки. Приведенные показатели должны быть обеспечены государственным содержанием. Существующий в настоящее время порядок сметного финансирования бюджетных организаций имеет следующие основные недостатки:

- является затратным, то есть не создает стимулов к сокращению издержек, экономии бюджетных средств. Имеющиеся ресурсы расходуются в системе здравоохранения с низкой клинической и экономической эффективностью;
- не ориентирован на результат, поскольку бюджет оплачивает не предоставление медицинских услуг, а направляет средства на содержание сложившейся в прошлом бюджетной системы здравоохранения;
- жестко контролируем со стороны вышестоящих распорядителей средств и казначейство, что исключает перераспределение средств в интересах потребителей медицинских услуг, оказываемых лечебным учреждением.

Сложившаяся к настоящему времени сеть получателей средств бюджета не соответствует критериям оптимальности ее организации, что снижает эффективность использования финансовых ресурсов государства.

И если задуматься над тем, что нужно изменять в организации работы самих лечебных учреждений, то ключевыми проблемами будут следующие:

1. Переход от сметного к нормативно-подушевому принципу финансирования по факту оказанных медицинских услуг, т.е. ориентированного на конечный результат (количество обращений), а не планируемые показатели – численность жителей, закрепленных за амбулаторно-поликлиническим учреждением. На этапе составления смет расходов главные распорядители бюджетных средств устанавливают для подведомственных бюджетополучателей объемы оказания медицинских услуг, в соответствии с которыми определяется государственный уровень финансирования, который в процессе исполнения бюджета обеспечива-

ет первоначальное авансирование в начале отчетного периода, а в дальнейшем он корректируется с учетом конкретных объемов оказанных услуг. Необходимым условием эффективности системы нормативно-подушевого финансирования является разработка четкого механизма корректировки в пределах доведенных до соответствующих главных распорядителей годовых лимитов бюджетных обязательств. С целью избежания перерасходования средств помимо задания на предоставление государственных услуг необходимо установить и предельные объемы их предоставления.

Дополнительным преимуществом данного принципа является возможность расширения полномочий бюджетных организаций по перераспределению средств по предметным статьям бюджетной классификации расходов при исполнении сметы. В современных условиях такое перераспределение допускается исключительно с санкции главного распорядителя кредитов. Безусловно, это исключает хозяйственную самостоятельность бюджетных учреждений и значительно усложняет адаптацию их деятельности к текущим экономическим условиям. При внедрении нормативно-подушевого финансирования отпадает необходимость в детальной регламентации расходов учреждения, поскольку конечный результат достигнут за счет средств, выделенных с учетом фактических объемных показателей. 2. Изменение порядка осуществления бюджетными организациями деятельности, приносящей доход, в частности установление требования об отражении внебюджетных доходов в полном объеме в доходах и расходах соответствующего бюджета (местного, республиканского), что освободит от обязательств оплаты ряда налогов бюджетными организациями в части предпринимательской деятельности. С этой целью необходимо внести изменения в правоспособность бюджетных организаций, ограничивающих возможность принятия обязательств перед поставщиками работ, услуг, не предусмотренных сметой доходов и расходов по бюджету, утвержденной в установленном порядке. По сути, при этом, возникает обязательства бюджета перед исполнителями по погашению задолженности в рамках субсидиарной ответственности. Установление такого ограничения приведет к потере права самостоятельно распоряжаться внебюджетными доходами.

В тоже время ужесточение режима использования внебюджетных доходов бюджетными учреждениями может иметь негативные последствия в виде сокращения подобного рода доходов, прекращения их получения, в особенности для тех учреждений, у которых доля внебюджетных доходов высока. В этом случае необходимо предусмотреть возможность организационно-правового преобразования этих государственных структур (без приватизации), способных адаптироваться к рыночным условиям, на осуществление предпринимательской деятельности и полного распоряжения полученными доходами. При этом снимается гарантированное финансирование таких организаций, и государство устраняется от обязательств по их долгам. В этих условиях предоставляется возможность преобразования части государственных структур (учреждений),

способных функционировать в условиях сильной зависимости их деятельности от потребителей, т. е. наиболее конкурентноспособных. При этом права этих организаций на осуществление предпринимательской деятельности и распоряжение доходами от нее, не подлежат ограничению. Однако необходимо сохранить гарантированное финансирование для тех бюджетных организаций, которые не способны функционировать в рыночной среде и деятельность которых имеет высокую социальную значимость (скорая медицинская помощь, специализированные медицинские учреждения: туберкулезные, наркологические, онкологические диспансеры, детские медицинские учреждения).

3. Для стимулирования деятельности медицинской организации и создания заинтересованности в оказании качественной медицинской помощи наиболее эффективным будет внедрение системы государственного социального заказа взамен на предоставление сметного финансирования. В настоящее время в Российской Федерации разрабатывается механизм договорного финансирования по системе государственного социального заказа. Под государственным социальным заказом понимается совокупность размещаемых на конкурсной основе договоров между государственным заказчиком и поставщиком, по условиям которых государство обязуется оплатить социальные, образовательные культурные, медицинские и другие значимые социальные услуги. Государственный социальный заказ в отличие от сметного финансирования представляет размещение задания на поставку социальных услуг не на обязательной, а на договорной основе по результатам конкурса. При этом создается конкуренция между учреждениями, оказывающими однородные услуги, за доступ к бюджетным средствам. При этом договора заключаются в пользу третьего лица – непосредственного потребителя услуг. В системе здравоохранения отбор поставщиков услуг по системе государственного социального заказа предоставляется государству, который сможет профессионально произвести отбор круга поставщиков услуг – медицинских учреждений, с оптимальным соотношением цена – качество предоставляемых ими услуг. Потребитель может выбрать для себя конкретного поставщика услуг из числа медицинских учреждений, с которыми государство заключило договор социального заказа на определенных условиях.

Характеризуя в целом проблемы функционирования бюджетного сектора, следует отметить, что назрела необходимость формирования системы оценки рациональности использования государственных средств, что позволит социально-значимым сферам (здравоохранение, культура и др.) Беларуси перейти на качественно новый уровень.