ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....3

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ФИНАНСВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ.....6

1.1. Содержание и особенности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации.....6

1.2. Особенности финансового обеспечения здравоохранения в зарубежных странах.....14

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ……26

2.1. Анализ организации финансового планирования потребления денежных средств учреждениями здравоохранения……26

2.2. Анализ исполнения финансовых планов учреждения здравоохранения..37

ГЛАВА 3. ПУТИ СОВЕРШЕНСТОВАНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ. 41

3.1. Финансовые проблемы развития здравоохранения в России.....41

3.2. Способы повышения эффективности финансирования здравоохранения в России.....48

ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... 67

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....70

ПРИЛОЖЕНИЯ..... 74

ВВЕДЕНИЕ

В Федеральном законе от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», понятие здравоохранения определено как отрасль, целью которой является обеспечение медицинским обслуживанием населения страны. С точки зрения структуризации, здравоохранение представляет собой интеграцию политических, экономических, социальных, санитарных, гигиенических и прочих мер, направленных на сохранение психического и физического здоровья личности.

Согласно 41 статье Конституции РФ - каждый человек имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Кроме того, в статье отмечено, что: «В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию».

Сложившаяся геополитическая обстановка в мире, оказывает влияние, на текущую экономическую политику проводимую в России, направленную, в первую очередь на укрепление национальной обороны, осуществляемую за счет сокращения расходов на жилищно-коммунальное хозяйство, образование и здравоохранение. Так, за 4 года (с 2011г. по 2015г.), сокращение расхода из государственных источников на нужны здравоохранения, сократилось на 0,7%. Таким образом, в 2015 году расходы на здравоохранения составили 3,2% к ВВП, вместо планируемых в 2010г. 4,5%.

Несмотря на то, что в России система финансирования здравоохранения является многоканальной, эффективность использования средств является недостаточной. По оценкам экспертов Всемирной

организации здравоохранения, порядка 30% финансовых ресурсов используются неэффективно.

Неэффективность сложившейся многоканальной бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения, директивная система планирования, не учитывающая потребность населения в конкретных видах медицинской помощи, и, как следствие, несбалансированность территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, неудовлетворительная структура оказываемой населению медицинской помощи препятствуют эффективности использования ресурсов в отрасли и повышению качества предоставляемой населению медицинской помощи. Таким образом, мероприятия по совершенствованию финансового обеспечения здравоохранения необходимо осуществлять только во взаимосвязи с модернизацией экономических отношений субъектов системы здравоохранения. **Актуальность работы** обусловлена необходимостью анализа существующих проблемы в сфере финансового обеспечения здравоохранения в России, и поиска их решения.

Цель дипломной работы – разработать методические рекомендации по повышению эффективности финансирования здравоохранения в РФ. Для достижения цели, необходимо решить следующие **задачи:**

1. Определить содержание и особенности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации;

2. Раскрыть особенности финансового обеспечения здравоохранения в зарубежных странах;

3. Провести анализ организации финансового планирования потребления денежных средств учреждениями здравоохранения на примере Московской области;

4. Изучить особенности исполнения финансовых планов учреждения здравоохранения на примере Московской области;

5. Выделить финансовые проблемы развития здравоохранения в России;

6. Разработать реклмендации по повышению эффективности финансирования здравоохранения в России.

Объект исследования – система здравоохранения в России.

Предмет исследования – особенности организации финансового обеспечения здравоохранения в России.

Методы исследования: анализ литературы, анализа нормативно-правовой документации по теме дипломной работы, анализ документов и др.

Практической значимостью работы, является возможность использования разработанных способов повышения эффективности финансирования здравоохранения в РФ, основанных на анализе существующих проблем.

Структура дипломной работы представлена введением, тремя главами, заключением, списком литературы и двумя приложениями.

В первой главе дипломной работы представлены основные модели финансирования здравоохранения, действующие в разных странах. Установлена их эффективность и динамика изменения. Кроме того, в этой главе показано становление и изменение существующей картины финансирования здравоохранения в России.

Вторая часть работы раскрывает особенности финансирования и эффективность использования средств на примере МО «Домодедовская центральная городская больница» в период с 2013 по 2015гг.

Третья часть работы посвящена определению проблем, связанных с системой финансирования здравоохранения в России, а так же названы основные способы решения сложившихся проблем.

ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ФИНАНСВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В РОССИИ

1.1. Содержание и особенности финансового обеспечения здравоохранения в Российской Федерации

Для того, что бы определить особенности организации финансового обеспечения в стране, необходимо выделить основные направления функционирования отрасли. На сегодняшний день в России, система здравоохранения представлена следующими подотрослями:

- государственной;
- муниципальной;
- частной.

Важно понимать, что в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, медицинская помощь гражданам РФ оказывается бесплатно [2]. Оказание бесплатных услуг осуществляется за счет нескольких направлений финансирования, представленных на Рис. 1.



Рис. 1. Пути финансирования государственных и муниципальных медицинских учреждений в России

Несмотря на разнообразие существующих путей финансирования, сложившая система является неэффективной. По словам Е.И. Савиновой, именно неэффективность финансирования и правовое регулирование этого вопроса, выступают ключевым фактором общей неустойчивости системы обеспечения здоровьесбережения и медицинскую помощь в России [14].

Однако не всегда система здравоохранения финансировалась по остаточному принципу. Модель, существующая во времена СССР, строилась как компонент инфраструктуры индустриального производства, и фиксировалось за счет ведомственных и номенклатурных отраслей, поглощающих около 50% всего бюджета. Поэтому, здравоохранение являлось благополучной отраслью и имело одни из самых высоких показателей в мире [12].

После распада Советского союза произошла децентрализация системы здравоохранения. В связи с повсеместным недостатком средств, охрана здоровья переживала глубокий кризис: больницам было не на что лечить больных, большая доля населения не имела возможности приобретать лекарства. Возникла чрезвычайно острая необходимость в реформах. В условиях экономической катастрофы начала 1990-х здоровье населения стремительно ухудшалось, сокращалась средняя продолжительность жизни. Вводилось обязательное медицинское страхование как альтернатива бюджетной системе здравоохранения. Начали происходить коренные сдвиги: появилось множество частных клиник, закупалось высокотехнологичное оборудование. Однако так и не были решены проблемы, связанные с низким финансированием отечественного здравоохранения. Реформы здравоохранения того времени были направлены на децентрализацию, на поиски новых источников финансирования [27].

Главной новацией в этих реформах стала система обязательного медицинского страхования (ОМС). Для России, страдавшей регулярными дефицитами бюджета, введение ОМС, опирающегося на взносы из фонда оплаты труда, стало полезным дополнительным источником

финансирования. Новое министерство здравоохранения также проводило ряд образовательных и административных реформ, начало подготовку врачей общей практики. Часты были случаи предоставления самостоятельности медицинским учреждениям, был изменен подход к оплате труда работников в данной сфере. Главной целью реформ была реабилитация всей системы здравоохранения, переход к её эффективному функционированию в новой рыночной экономике.

При разработке реформ важнейшей задачей было обеспечить население основными медицинскими услугами. Предполагалось, что подобная реорганизация системы позволят достичь экономии достаточного количества средств, чтобы обеспечить хотя бы минимальные потребности населения. Как видно из Рис. 2., начиная с 1994г. доля частных инвестиций в здравоохранение значительно выросла [8].



Рис. 2. Государственные и частные расходы на здравоохранение в ценах 1994г., млрд. руб.

Таким образом, правительство продолжает путь реформ в направлении к смешиванию систем государственного и частного страхования, постепенно уменьшая долю финансирования здравоохранения из бюджета.

В связи со сложившейся тенденцией важно определить возможности частного финансирования здравоохранения, существующего в России. Частное финансирование осуществляется за счет индивидуальных доходов граждан, а так же средств работодателей.

Индивидуальные доходы граждан позволяют приобретать полис ОМС для себя и для членов своей семьи, и при их использовании освобождают владельцев от оплаты медицинской помощи, однако, в частных случаях предполагают оплату незначительных соплатежей.

Добровольное медицинское страхование осуществляют частные страховые организации, действующие на коммерческой основе. Для частной системы финансирования здравоохранения характерна сильная конкуренция между страховщиками. Они предлагают различные виды страховых программ, имеющих разную стоимость и разные условия оказания медицинской помощи.

На стоимость страховки и ее покрывающую способность оказывает влияние ряд факторов:

1. Виды и объемы предполагаемых медицинских услуг;

2. Возраст страхующихся;

3. Перенесенные ранее заболевания.

Чем выше стоимость страховки, тем больше возможностей в оказании медицинских услуг получает застрахованный. Например, дорогие страховки предусматривают право застрахованного лица обращаться к любому врачу и быть госпитализированным в больницу по его собственному выбору. Другие страховки, имеющие меньшую цену, ограничивают такие возможности.

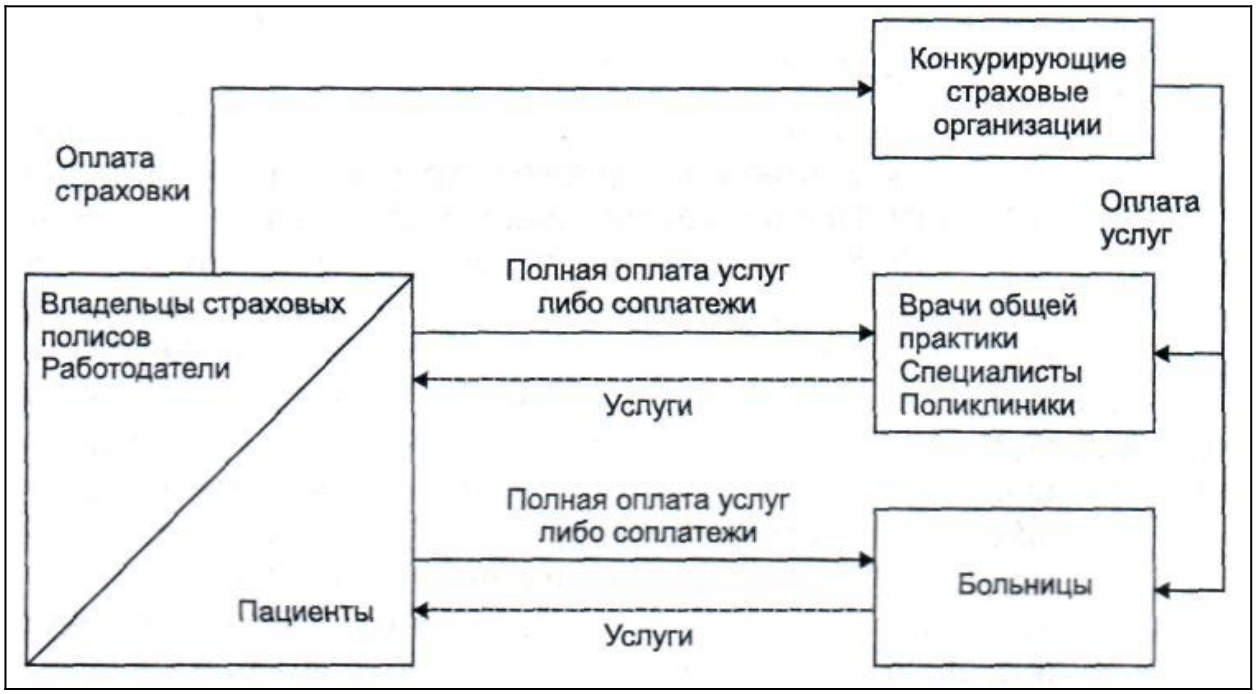


Рис. 3. Система частного финансирования здравоохранения

Страховые медицинские организации аккумулируют взносы застрахованных и из этих средств оплачивают их лечение. Разница между суммой собранных взносов и расходами на оплату услуг врачей и медицинских организаций и на ведение страхового дела составляет прибыль страховщиков [6].

Страхование неработающего населения может производиться двумя способами:

1. Первый способ состоит в том, что вместе с работающими страхуются неработающие члены их семей, и соответственно суммы, уплачиваемые работающими или работодателями, выступают страховыми взносами за работающих и за членов их семей.

2. Второй способ заключается в том, что страховые взносы за неработающее население выплачиваются из средств государственного бюджета или внебюджетных фондов. Например, взносы за лиц старше трудоспособного возраста перечисляются пенсионными фондами, а за безработных — фондами занятости.

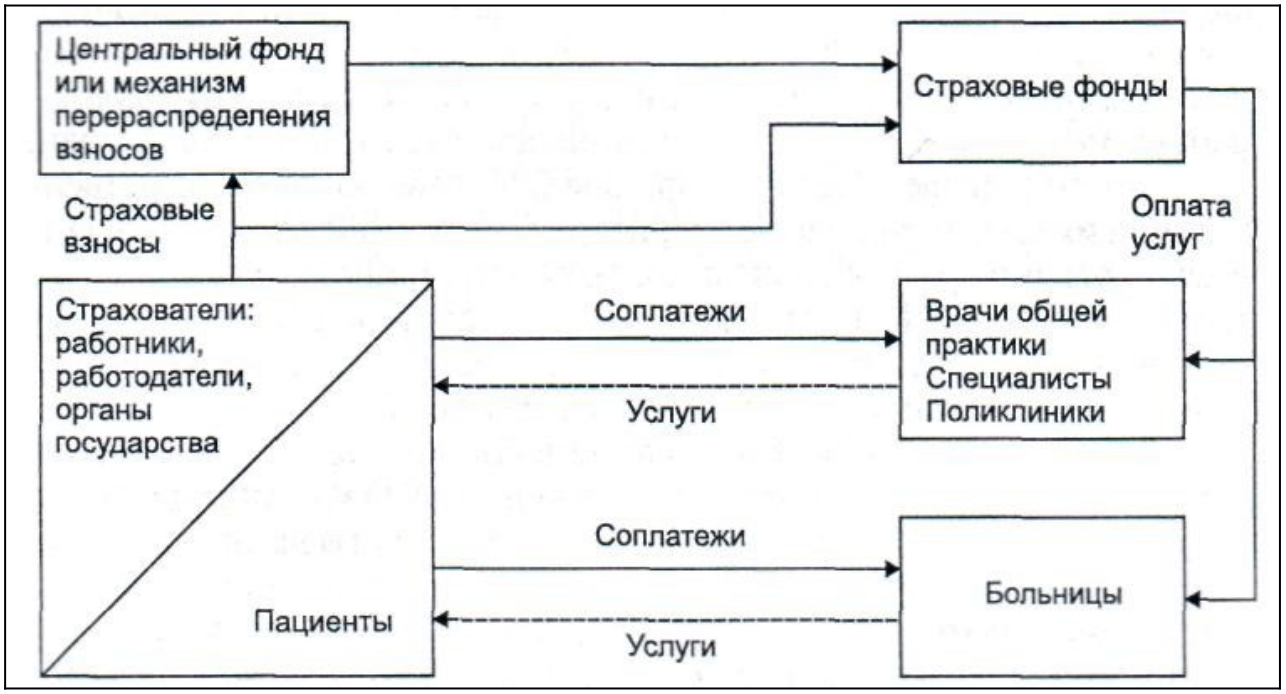


Рис. 4. Система обязательного медицинского страхования

Перечень видов и объемы медицинской помощи, получение которых гарантируется застрахованным в системе ОМС, определяются государством в национальной программе ОМС. Эти обязательства увязываются с размерами страховых взносов, которые обычно устанавливаются законодательным путем. Страховщики имеют право предлагать своим клиентам более широкую программу ОМС и соответственно устанавливать более высокие размеры взносов.

В обязательном медицинском страховании, в отличие от добровольного, размеры взносов не связаны напрямую с оценкой индивидуального риска заболеваемости и с объемом медицинской помощи, которую застрахованный может получить. Размеры страховых взносов увязываются с величиной прогнозируемых расходов в общегосударственном масштабе — в расчете на все категории застрахованного населения. При этом возникает проблема неравенства возможностей финансирования медицинской помощи застрахованным в разных страховых фондах. Страховщик в системе ОМС обязан страховать всех лиц, живущих на данной территории или имеющих определенную профессию независимо от их возраста и здоровья [11].

В системах ОМС применяются два альтернативных механизма решения проблемы выравнивания финансовых условий деятельности страховщиков.

Первый механизм: взносы на ОМС полностью или в определенной части направляются в специальный центральный фонд. Государство может также предоставлять этому фонду дополнительные субсидии. Фонд финансирует каждого страховщика в зависимости от количества застрахованных и характеристик рисков их заболеваемости. Финансирование осуществляется по подушевым нормативам, значения которых рассчитываются по единой формуле и отражают различия в возрастной структуре застрахованных и структуре их заболеваемости.

Второй механизм: ответственность за перераспределение страховых взносов возлагается на одну из страховых компаний. Обычно это та, которая страхует наибольшую долю населения. Все остальные страховщики направляют установленную законодательством долю собранных ими взносов на специальный счет указанной организации. Далее эти средства перераспределяются между всеми страховщиками также в зависимости от количества и структуры застрахованных.

В системе ОМС страховщики несут ответственность за предоставление и оплату медицинской помощи застрахованным и обеспечивают решение этой задачи, заключая контракты с производителями медицинских услуг: частнопрактикующими врачами и медицинскими организациями, которые могут иметь разные формы собственности.

Финансирование медицинской помощи населению осуществляется из средств государственного бюджета, формируемых за счет общего налогообложения. В отдельных странах в качестве источника финансовых средств для здравоохранения используются закрепленные налоговые поступления.

В 2013 году В.В. Путин потребовал от Минздрава пересмотреть маары по системе организации медицинского обслуживания в стране [14].

Президент страны определил, что главным направлением финансирования, должна стать система ОМС. По словам В.В. Путина, проблема существующей системы ОМС связана с недостаточностью исполняемых функций. Действительно, сегодня существующие системы ОМС являются посредниками передачи финансовых средств и не несут ответственности за предоставляемые медицинские услуги.

Позднее, 2014 году Владимир Гришин, первый директор Федерального фонда ОМС, представил концепцию системы персональных медицинских счетов. Согласно данной концепции, в открытии персонального медицинского счета застрахованного, пополнять который могут:

- сам застрахованный;
- государство;
- работодатель.

Вместо полиса ОМС, гражданин РФ получает пластиковую карту, в которой отражена информация об истории болезни, платежах и списаниях.

При этом средства, представленные на счете, делятся на 2 части (Рис.5.).

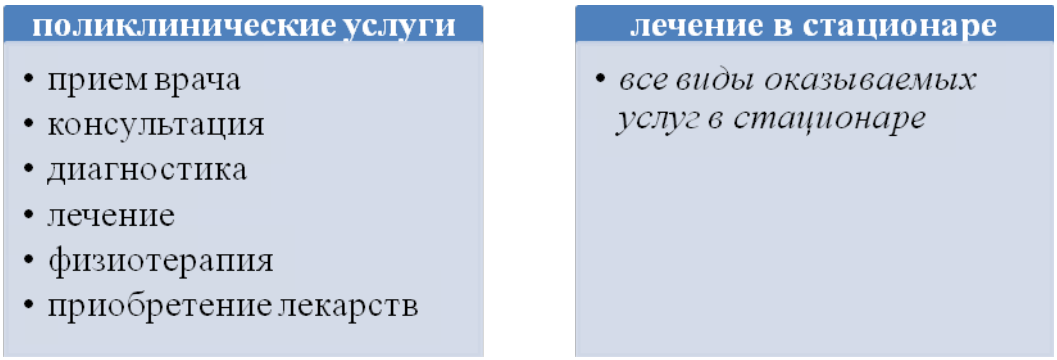


Рис. 5. Варианты использования средств полиса ОМС, согласно концепции В. Гришина

Кроме того, тарифы на услуги предоставляемее медицинскими учреждениями, будут контролироваться государством. Размер ежегодного платежа планируется определить как сумму в 30000 рублей. По словам специалистов, сегодня примерная сумма, выделяемая на 1 пациента, проходящего лечение, составляет 19000 рублей.

Анализ особенностей организации финансирования здравоохранения в России позволил определить его основные направления. Финансирование осуществляется из нескольких источников, а именно: федеральный и региональный бюджет, а так же Фонд обязательного медицинского страхования. Важно отметить, что с течением времени объемы финансирования из государственного бюджета постепенно сокращается, что обусловлено изменением в структуре экономической политики страны. Сегодня, на первое место выходят доходы Фонда ОМС, поддерживаемого политикой Президента РФ.

1.2. Особенности финансового обеспечения здравоохранения в зарубежных странах

Несмотря на многообразие конкретных форм организации системы охраны здоровья населения, специфику экономических отношений в этой сфере жизнедеятельности общества, можно все же выделить ряд параметров, отражающих общность развития, присущую разным странам.

К числу таких параметров, выражающих основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики, можно отнести:

– отношения собственности;

– способы финансирования (получения ресурсов);

– механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);

– формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной системой экономических,

политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране [38].

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами. Все зависит от того, что лежит в основе классификации той или иной системы здравоохранения.

Так с точки зрения социально-политической структуры общества условно выделяют пять типов систем здравоохранения:

1) классическая (неупорядоченная);

2) плюралистическая;

3) страховая;

4) национальная;

5) социалистическая.

Экспертами Всемирной Организации Здравоохранения ВОЗ, предложена классификация, по которой различается три первичных типа систем здравоохранения:

1 – государственная, или система Бевериджа;

2 – система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка;

3 – негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения.

Иными словами, данная типология основана на роли и функциях государства, в процессах организации финансового обеспечения.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров дается специалистами, в общем, одинаково.

В первой из них – платной медицине, на первое место выходят рыночные принципы, осуществляемые путем использования страхования

частными организациями. Данная модель представлена в большинстве своем в развитых странах, в частности в США.

Вторая – государственная, получает финансирование из бюджета государства. При этом бюджет государства пополняется за счет налогов предприятий и населения. Население страны в этом случае, практически полностью получает бесплатные медицинские услуги. Данная система представлена в большинстве развивающихся стран: Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.).

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии [22].

Однако в основе выделения перечисленных моделей лежит не только роль государства, но также понимание и определение "товара" в сфере здравоохранения.

Хотя основной целью здравоохранения является именно здоровье человека, попытка рассмотреть его в качестве товара очень проблематична. И прежде всего потому, что оно плохо измеримо и трудно поддается оценке в деньгах. Но самое главное, если бы такая оценка здоровья человека в

денежном выражении была найдена, то именно она стала бы определять цену человеческой жизни.

Фактически эта цена неявным образом присутствует, например, в расчетах, связанных с безопасностью жизнедеятельности, в военной медицине (при определении приоритетов в оказании медицинской помощи). Однако, явное определение цены здоровья человека, а, следовательно, человеческой жизни, противоречит традициям, культуре и с учетом явно недостаточной ее обоснованности серьезно и справедливо критикуется. В связи с этим в качестве товара предлагается рассматривать медицинские услуги, а систему здравоохранения определить как организованную деятельность, в ходе которой осуществляется производство этих услуг.

Описанные ранее модели организации здравоохранения по-разному учитывают специфику медицинской услуги как товара. И этот фактор является не менее важным, чем роль государства, для выделения различных типов организации системы здравоохранения. Существует более развернутый вариант классификации [36].

1) «Универсалистская модель» (Великобритания, Ирландия, частично Дания) - национальная система здравоохранения, финансируемая в значительной части за счет общего налогообложения. Медицинское обслуживание осуществляется в основном в государственных медицинских учреждениях (больницах) наемными служащими либо привлеченными по контракту работниками (первичная медицинская помощь, стоматология, фармацевты).

2) «Континентальная модель» (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург) - финансирование посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов, которые составляют примерно 3/4 совокупных расходов на здравоохранение.

3) «Южная модель» (Испания, Португалия, Греция и частично Италия) - финансирование системы здравоохранения в значительной степени

за счет взносов из фондов занятости. Медицинское обслуживание осуществляется государственными и частными медицинскими учреждениями.

4) «Скандинавская модель» (Швеция, Финляндия и Дания) - финансирование здравоохранения в этих странах обеспечивается в основном за счет подоходного налога (взимаемого как на национальном, так и местном уровне), причем размер выплачиваемых пособий напрямую зависит от заработка. Медицинские услуги оказываются как государственными, так и частными лечебно-профилактическими учреждениями.

5) «Преимущественно частная модель» (США) - финансирование системы здравоохранения осуществляется за счет частных и, в значительно меньшей степени, государственных источников, причем оказание медицинской помощи осуществляется частными производителями медицинских услуг.

6) «Модель, используемая в странах с переходной экономикой» (страны Восточной Европы, некоторые страны СНГ, включая Россию) - финансирование, сочетающее элементы государственной и страховой медицины; постепенное внедрение института оказания платных медицинских услуг.

Рассматривая роль государства в финансировании здравоохранения, необходимо определить, величину национального расхода в процентах от ВВП (таблица 1).

Таблица 1

Страны мира по уровню расходов на здравоохранение в 2014г.

Место	Страна	Расходы (% от ВВП)
1	США	17
2	Нидерланды	13
3	Сьерра-Леоне	12
4	Франция	12

5	Швейцария	12
6	Германия	11
7	Бельгия	11
8	Австрия	11
9	Канада	11
10	Мальдивы	11
91	Россия	7

Как видно из полученной таблицы, Россия занимает в рейтинге стран только 91 место с показателем 7% от ВВП [41].

Итак, в основе каждой из рассмотренных моделей организации системы здравоохранения лежит различное понимание того, что же является товаром в сфере здравоохранения. Отношение к медицинской услуге как к частному, общественному или квазиобщественному благу определяет и роль государства в системе охраны здоровья, и формирование цен на рынке медицинских услуг, и оплату труда людей, занятых в этой сфере.

Теоретический анализ сложившихся в разных странах систем здравоохранения. Классификация моделей основана на признаке источника финансирования. Одна из моделей, действующих в Великобритании – государственная, в которой основные расходы, связанные с обеспечением медицинского обслуживания несет государство. Рыночная модель организации здравоохранения, действующая в США, характеризуется тем, что медицинское обслуживание – выступает товаром и продается.

Последняя, самая популярная модель – социально-страховая, действующая в Германии, Франции, Японии и других странах. Она основана, преимущественно, на страховых взносах, организованных самими людьми или их работодателями.

Россия так же относится к модели с социально-страховым типом финансирования. Однако, как в нашей стране, так и в других государствах, система финансирования здравоохранения теряет свою эффективность, что

приводит к общему ухудшению показателей качества оказываемых медицинских услуг. Именно поэтому, важной задачей, стоящей перед современной системой здравоохранения России и другими странами мира, является достижение равного доступа к полному спектру медицинских услуг для каждого индивида.

В чистом виде частное здравоохранение сейчас не существует, да к тому же во многих развитых странах стараются не допустить или существенно ограничивают непосредственную оплату медицинской помощи пациентами.

Сложилось две системы медицинского страхования — обязательное (по оплате взноса) для всех с модификациями (платит работник или работодатель, или же они платят совместно в определенных пропорциях), когда страховой полис является гарантом получения любой помощи, кроме особых случаев, и добровольное или частное, когда сам человек непосредственно страхует себя на случай получения той или иной медицинской помощи.

Первая система основана на четко выраженной общественной солидарности, а вторая является сугубо индивидуальной и, хотя страхует индивидуальные риски, она также содержит элементы солидарности, ибо застрахованный, заплатив небольшие взносы, в случае необходимости получает помощь в соответствии со своей страховкой в полном объеме за счет средств, внесенных другими застрахованными [43].

Система страхования определяет целенаправленность страхового взноса, который может быть использован только в чисто медицинских целях, а также ограниченность роли правительства, которое при обязательном медицинском страховании определяет перечень основных видов помощи, оказываемых в рамках системы, определяет группы застрахованных и величину страхового взноса, устанавливает правила взаимодействия всех участвующих сторон, разрешает конфликтные ситуации, готовит правовые

основы функционирования такой системы, контролирует финансовые потоки.

Характерным для государственной модели является финансирование за счет общего налогообложения с последующим государственным распределением собранных средств. Национальная система здравоохранения предполагает равные права в получении медицинской помощи всех граждан, а также контроль за функционированием системы со стороны парламента, прозрачность финансовых потоков, подотчетность здравоохранения развитой общественности и т.п., что составляет основы парламентаризма, законности, демократии и гражданского общества в стране. При этом должно иметь место высокое чувство ответственности за здоровье, поскольку для налоговой системы характерна безадресность, и исполнительная власть вполне может расходовать бюджетные средства в соответствии с предложенным ею же их распределением по законодательно утвержденным статьям.

Эксперты ВОЗ считают лучшей в мире систему здравоохранения Франции. Законодательством республики утвержден единый порядок страхования, которым охвачено 80 процентов населения. Система, включающая в себя более 90 компаний (их называют «кассами»), контролируется государством на общенациональном уровне. Пополнение финансовых средств осуществляется путем введения страховых налогов, что формирует 90 процентов фонда.

Высший комитет здравоохранения, возглавляемый министром, определяет цели и задачи в этой области. Национальное агентство по аккредитации больниц занимается оценкой деятельности и качества услуг в медицинских учреждениях, а также экономических аспектов в секторе здравоохранения.

Все медицинские учреждения Франции можно разделить на три типа: государственные больницы, частные клиники и благотворительные

структуры. К числу первых на сегодня относятся 1032 региональные, университетские, локальные и общие больницы.

Преимуществом является тесное сотрудничество между общественными и частными медицинскими структурами, которое позволяет избежать списков ожидания на выполнение хирургических манипуляций. Частные лечебные учреждения Франции работают очень активно и выполняют более 50% хирургических вмешательств, а также проводят лечение 60% случаев злокачественных новообразований [44].

При оказании амбулаторной помощи врачи получают вознаграждение за каждую услугу в соответствии с условиями договора, заключенного с национальными страховыми кассами. Врачи, не включенные в национальную систему медицинского страхования, могут устанавливать собственные цены на услуги, которые могут превышать официально установленные в среднем на 50%, при этом разницу оплачивает сам пациент.

Предусмотренные законодательством профилактические мероприятия включают как инициирование раннего обращения за врачебной помощью, так и проведение образовательных курсов в организованных коллективах для формирования у населения элементарных знаний о болезнях и для предотвращения опасного поведения среди подростков.

Все превентивные и общеобразовательные проекты здравоохранения находятся под контролем Национального института профилактики и образования о здоровье, который в своей работе руководствуется утвержденными законодательством протоколами по общественному здоровью. В 2006 г. министр здравоохранения инициировал Национальную ассамблею по профилактике с целью проведения анализа действующих превентивных методов и разработки новых подходов, соответствующих нуждам населения.

Подобная французской система существует и в Германии, причем введена она была еще Отто фон Бисмарком в 80-е годы позапрошлого века. Медицинское страхование строится на принципе солидарности: все

работающие вносят деньги в так называемую «больничную кассу», а из нее оплачивается необходимое человеку лечение. Эта система касается более 90 процентов населения Германии (еще 8 процентов, в основном наиболее обеспеченные граждане, охвачены частным медицинским страхованием), и управляется она правительственным агентством.

В настоящее время «кассы» стали больше расходовать, чем получать, дефицит измеряется миллиардами евро. Сказываются и демографическая ситуация (рождаемость падает, стариков становится больше, число работающих сокращается), и рост цен на медицинскую аппаратуру и лекарства, и коррупция в страховых компаниях.

В Германии врачи амбулаторного звена получают оплату за услугу, стоимость которой определяется путем деления согласованного объема глобального бюджета на число оказанных всеми врачами услуг. В определенной мере разновидностью глобального бюджета можно считать и подушевое финансирование. Суть перспективного глобального бюджета состоит в том, что общие расходы фиксированы и заранее известны больнице и плательщику (например, страховщику), стимулируя больницу более эффективно использовать этот бюджет, что в разных странах при прочих равных условиях привело к достаточно весомому сокращению расходов на здравоохранение.

В Англии действует Национальная служба здравоохранения (НСЗ), куда поступает часть налоговых сборов государства. Личные расходы самих пациентов в финансировании НСЗ составляют, согласно официальной статистике, всего 3,4 процента. Это позволяет сделать медицинское обслуживание бесплатным для граждан Великобритании. Однако граждане, высказывают недовольство уровнем медицинского обслуживания: в больницах НСЗ большие очереди и врачи недостаточно квалифицированны.

Для предоставления пациенту медицинские услуги лучшего качества и в более короткие сроки с 2002 года больницы стали финансироваться государством в зависимости от количества принятых пациентов. Кроме того,

государственную сферу здравоохранения стали больше открывать для оказания платных услуг частным сектором.

В Англии врачи общей практики работали по контракту, где в обязательной части были зафиксированы численность и структура прикрепленного населения (каждая возрастнополовая группа имела свой коэффициент потребления, причем наибольшие коэффициенты справедливо имели дети и престарелые: 01 года — 3,7; 14 лет — 2,7; 518 лет — 2,2; 1944 лет— 1,0; 4549 лет — 2,2; 60 лет и старше — 3,2), объемы гарантированных видов медицинской помощи, а в дополнительной части — дополнительные услуги (прием на дому, визиты на дом, оказание малой хирургической помощи), а также гарантированный уровень качества медицинской помощи.

Оплата по количеству обслуживаемого населения предполагает возможность соблюсти преемственность лечения, поскольку врач оказывает помощь своим пациентам практически круглосуточно, например, в Англии врачи общей практики в среднем в неделю работают 78 часов. С другой стороны, этот принцип приводит к недостаточной заинтересованности врача в результатах своей работы, к ненужным (или перестраховочным) направлениям к другим специалистам и к выписке ненужных рецептов, в т.ч. по сговору с фармацевтами. В то же время, оплата амбулаторной помощи в расчете на одного прикрепленного жителя способствует праву выбора пациентом врача, стимулирует врача к участию в конкурсе при вакансиях и к отъезду в отдаленные районы, где легче набрать число прикрепленных жителей, обеспечивающих оплату труда врача.

Государственные системы здравоохранения бюрократизированы, неэффективно тратят средства и плохо управляются. Имеет место увеличение очередей пациентов в кабинеты врачей. Пациенты не имеют возможности выбора врача или выбора времени визита. В Великобритании ежегодно 800 тыс. человек месяцам ждут необходимой им госпитализации.

Система частного добровольного медицинского страхования (ДМС), практически не предполагает финансирование из общественных фондов

потребления. При этом средства поступают из частных страховых фондов здравоохранения, из частных источников, из прямых выплат производителю медицинских. Система частного страхования в США подразумевает, что наличие страхового полиса дает возможность обращаться к любому врачу, а затем получать возмещение расходов на лечение и лекарства. Но высокая стоимость страховки (для семьи из четырех человек она в среднем составляет 500 долл. в месяц) делает эту форму недоступной для многих граждан США. Факт, что сегодня 40 млн. американцев не имеют страховки.

США тратят на здравоохранение больше средств, чем любая другая страна мира. В 2000 году на одного американца, в среднем, было истрачено $4.5 тыс., причем следующая за США по уровню затрат Швейцария (используется смешанная государственно-частная система финансирования медицинских услуг) значительно уступает лидеру ($3.3 тыс.). Однако средняя продолжительность жизни в этих странах также отличается, но не в пользу США: в США этот показатель равен 77 годам, в Швейцарии - 80-ти. Еще больший диссонанс возникает при сравнении США и Кубы (государственная система медицины).

В этих странах продолжительность жизни приблизительно одинаковая, а затраты на медицину на Кубе - одни из самых низких в мире ($186 на душу населения. Американские эксперты считают, что среднестатистический показатель затрат на здравоохранение скрывает реальное неравенство различных слоев населения США в доступе к медицинским услугам [41].

Основная доля расходов на здравоохранение вызвана более высокими тарифами на оплату труда его работников и продукцию фармацевтических предприятий, в сравнении с жителями прочих развитых стран. Основная проблема системы здравоохранения США - ее фактическая недоступность для людей с низкими доходами, у которых нет медицинской страховки.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

2.1. Анализ организации финансового планирования потребления денежных средств учреждениями здравоохранения

Профессиональное медицинское сообщество сегодня всерьез озабочено проблемами финансирования здравоохранения, что обусловлено несколькими факторами.

Впервые о снижающемся темпе экономического роста и предстоящих сокращениях запланированных бюджетных расходов упомянул Президент РФ Владимир Путин на встрече с преподавателями и студентами Дальневосточного федерального университета, которая состоялась 1 сентября 2013 года. Впоследствии эти факты нашли подтверждение в проекте Бюджетной политики до 2030 года, которую подготовил Минфин и направил на утверждение Правительству РФ. По прогнозам ведомства, доходы бюджетной системы к 2030 году сократятся на 18% (с 37% до 30% от ВВП), доходы федерального бюджета – на треть, а ПФР – более чем на 40%. Естественно, это отразится и на расходах бюджетов, которые придется существенно урезать.

Законопроект о федеральном бюджете, действительно запланированный с дефицитом, не предполагает снижения расходов на здравоохранение в предстоящем году и плановом периоде. Напротив, по сравнению с показателями действующего Федерального закона от 3 декабря 2012 г. № 216-ФЗ "О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" предполагается увеличение бюджетных ассигнований на эту статью расходов:

- в 2014 году на 13 451 млрд руб.;
- в 2015 году на 39 168 млрд руб.;

- в 2016 году по сравнению с проектом 2015 года на 9102 млрд руб.

Вместе с тем, значения доли расходов на здравоохранение от ВВП и от общей доли расходов федерального бюджета, напротив, с каждым годом будут падать. Так, по отношению к объему ВВП соответствующего года доля расходов раздела «Здравоохранение» по сравнению с 2013 годом (0,8%) постепенно снижается и составит в 2014 году 0,6 %, а в 2015 и 2016 годах – по 0,5%.

Доля в общем объеме расходов федерального бюджета по данному разделу по сравнению с 2013 годом (4,0%) также уменьшается и составит в 2014 году 3,4%, а в 2015 и 2016 годах 2,7% и 2,6% соответственно.

Однако эти показатели можно назвать "средней температурой по больнице": по некоторым подразделам объем бюджетных ассигнований показывает рост, по другим – снижение. К примеру, увеличены расходы на стационарную медицинскую помощь, санаторно-курортное лечение и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия, однако на амбулаторную помощь, донорство и прикладные научные исследования расходы планируется сократить.

Во многом это связано с другим обстоятельством, по поводу которого медики также бьют тревогу – принципиальным структурным изменением всего механизма финансирования здравоохранения, заключающемся в поэтапном переходе медицинских учреждений на систему ОМС.

Напомним, 1 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон о медицинском страховании, установивший основы правового статуса участников системы ОМС, а также позволивший пациентам свободно выбрать не только медицинское учреждение, но и конкретного специалиста.

Этот закон коренным образом изменил механизм финансирования здравоохранения – если до недавнего времени деятельность всех медицинских учреждений обеспечивалась бюджетными средствами, то сегодня реализуется постепенный переход на финансирование здравоохранения за счет средств ФОМС. Новая схема так называемого "одноканального финансирования" позволит оценить качество и объем оказанных медицинских услуг, а также увязать эти показатели с объемом выделяемых средств.

С 1 января 2013 года исключительно из ФОМС финансируется оказание скорой медицинской помощи, а с 1 января 2015 года на "одноканальное финансирование" планируется перевести и высокотехнологичную медицинскую помощь.

Последствия такой финансовой реформы сказываются как на пациентах и медиках, так и на всей системе здравоохранения в целом. Так, пациенты приобрели возможность выбора конкретной медицинской организации и врача, а в случае неудовлетворительного качества оказанных медицинских услуг – и дополнительную инстанцию для обжалования действия врачей. Напомним, теперь, помимо обращения к главврачу медицинского учреждения, в Росздравнадзор или иные контролирующие органы, пожаловаться на некачественно оказанные медицинские услуги можно в выдавшую страховой полис страховую организацию. По каждому обращению проводится экспертиза, и в случае подтверждения нарушения прав пациента на медицинскую организацию возлагается обязанность по возмещению причиненного ущерба (приказ ФФОМС от 1 декабря 2010 г. № 230 "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию").

Медики же не совсем довольны внедряемой системой финансирования. Так, один из фельдшеров скорой помощи в ходе "Прямой линии с Владимиром Путиным", которая состоялась 25 апреля 2013 года, пожаловался, что зарплата фельдшеров даже ниже, чем у медсестер, и составляет всего 3,5 тыс. руб. Президент назвал проблему не денежной, а управленческой, подчеркнув, что межбюджетные трансферты на эти цели перечислены регионам из федерального бюджета, но по какой-то причине не были доведены до медиков.

Самые же серьезные опасения в связи с финансовой реформой вызывает у профессионального медицинского сообщества судьба здравоохранения в целом. Сегодня в ФФОМС направляются межбюджетные трансферты из федерального и регионального бюджетов.

Так, в 2013-2014 годах за счет трансфертов из региональных бюджетов было предусмотрено финансирование скорой медицинской помощи в объеме не менее фактических расходов прошлого года на эти цели (ч. 5 ст. 51 Федерального закона о медицинском страховании). Из федерального бюджета тоже поступают средства в ФФОМС, однако предполагается, что их объем с каждым годом будет уменьшаться. Если в текущем году на нужды обязательного медицинского страхования запланировано выделение из федерального бюджета почти 50,5 млрд руб., то в 2014 году в ФФОМС поступит уже 28,5 млрд руб., а в 2015 году – менее 24 млрд руб.

В итоге, с одной стороны, финансирование здравоохранения из бюджетов – напрямую или посредством выделения трансфертов – постепенно сокращается. С другой стороны, новых источников доходов для ФФОМС не предусмотрено.

Проблему можно было бы разрешить путем увеличения тарифа страховых взносов на ОМС, составляющего на сегодняшний день 5,1% от выплат по трудовым, гражданско-правовым договорам и т.п. (ст. 7, п. 3 ч. 2 ст. 12 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования"). Однако это чревато уходом предпринимателей "в тень" и даже массовой ликвидацией фирм.

Подобное случилось совсем недавно, в текущем году, в результате увеличения страховых взносов во внебюджетные фонды для самозанятых граждан. Тогда, по данным Общероссийской общественной организации "Деловая Россия", за первое полугодие 2013 года количество ИП сократилось примерно на 600 тыс. чел., что составляет почти 20% от их численности на начало года. Отметим, впрочем, что Основные направления бюджетной политики на 2014 и плановый период 2015 и 2016 годов (информация Минфина РФ от 18 июля 2013 г.) в качестве одной из мер для наполнения системы ОМС предусматривают именно увеличение размеров взносов на обязательное медицинское страхование.

Параллельно с внедрением нового механизма финансирования здравоохранения идет процесс передачи многих полномочий в этой сфере с федерального уровня на региональный. Предполагается, что основная финансовая нагрузка ляжет на плечи ФФОМС: доля его расходов в общем объеме расходов на здравоохранение увеличится с 42,4% в 2013 году до 50% в 2016 году. Аналогичный показатель для консолидированных бюджетов регионов за этот же период сокращается с 41,2% до 39,9%. Наибольшее снижение доли в общем объеме расходов на здравоохранение покажет федеральный бюджет – с 16,3% до 10,1%.

Эксперты высказывают опасения по поводу реальной возможности регионов выполнить свои обязательства по финансированию здравоохранения в полном объеме. Так, на состоявшемся 8 октября 2013 года в пресс-центре РИА Новости круглом столе на тему "Бюджетный маневр в здравоохранении: какими могут быть последствия?" председатель исполнительного комитета Межрегионального общественного движения "Движение против рака" Николай Дронов подчеркнул, что только 17 субъектов федерации из 83 не испытывают финансовых трудностей.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов и президент Всероссийского общества гемофилии Юрий Жулев также отметил, что федеральные программы в области медицины всегда были эффективнее региональных. "Как только программа передавалась в регионы, она там и загибалась. Какая же это экономия бюджета?", – сетует он.

Большинство экспертов сходятся во мнении о том, что изменение системы финансирования медицины скажется негативным образом как на пациентах, так и на врачах. В частности, могут возникнуть проблемы в следующих сферах здравоохранения.

1. Лекарственное обеспечение. Льготное лекарственное обеспечение отдельных категорий пациентов, которым лекарства по рецептам врачей выдаются бесплатно или со скидкой 50%, и сегодня возложено на плечи регионов.

В мае 2013 года Всероссийский союз пациентов при поддержке многих общественных организаций пациентов обратился к президенту РФ Владимиру Путину с просьбой сохранить централизованную закупку лекарств в рамках программы "Семь нозологий". В противном случае, подчеркивается в коллективном письме, цены на препараты неизбежно вырастут. По мнению Всероссийского союза пациентов, это потребует

дополнительного бюджетного финансирования или сокращения назначаемых пациентам дозировок жизненно важных лекарственных средств. А учитывая специфику тяжелейших заболеваний, входящих в указанную программу, любые задержки и перебои в лекарственном обеспечении могут свести достигнутый эффект терапии к минимуму и даже серьезно усугубить состояние больного.

Напомним, сейчас бесплатными лекарствами по рецептам врачей обеспечиваются только дети в возрасте до трех лет (из многодетных семей – до шести лет), а также дети-инвалиды в возрасте до 18 лет. Кроме того, в эту группу попадают больные с орфанными (редкими) заболеваниями, ветераны ВОВ и т.д. (постановление Правительства РФ от 30 июля 1994 г. № 890 "О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения").

Многие специалисты уверены, что существующий уровень бесплатного лекарственного обеспечения явно необходимо повышать. По словам президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля, лекарствами на безвозмездной основе должны быть обеспечены также дети до 12 лет, по примеру многих западных стран, а лекарства для борьбы с болезнями, способными вызвать серьезные осложнения, должны отпускаться со скидкой. В качестве примера таких болезней он привел гипертонию – несвоевременное или небрежное лечение этого заболевания может привести к инфаркту или инсульту.

2. Высокотехнологичная медицинская помощь. Сегодня высокотехнологичную медицинскую помощь (далее – ВТМП) оказывают 120 федеральных и 222 региональных медицинских учреждения. В прошлом году введено в эксплуатацию пять специализированных федеральных центров,

которые занимаются наиболее востребованными направлениями – такими, как сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия, травматология, ортопедия и эндопротезирование.

Высокотехнологичная медицинская помощь – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники (ч. 3 ст. 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

В основном финансирование этого вида медицинской помощи происходит за счет федерального бюджета, хотя активность регионов в этой сфере постоянно повышается. Если в 2011 году ВТМП на региональном уровне была оказана 35 тыс. пациентов, то в 2012 году их число увеличилось более чем в три раза и составило 120 тыс. пациентов. В целом в 2012 году обеспеченность россиян ВТМП выросла на 40,7% по сравнению с 2011 годом.

С 1 января 2015 года ВТМП вошла в систему ОМС (ч. 6 ст. 51 Федерального закона о медицинском страховании), и некоторые эксперты высказывают в связи с этим сомнения в ее дальнейшей эффективности. При оказании этого вида помощи используются дорогостоящее медицинское оборудование и труд высококвалифицированных медиков, поэтому расходы очень велики.

На заседании президиума Государственного совета «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи», которое состоялось 30 июля 2013 года, губернатор Астраханской области Александр Жилкин попросил президента оставить ВТМП на финансировании из федерального бюджета. Свою просьбу он аргументировал тем, что уход этого вида медицинской помощи в систему ОМС грозит сокращением ее финансирования и снижением доступности для населения.

3. Медицинская помощь детям, находящимся в сложной жизненной ситуации. Сегодня расходы регионов на эти цели субсидируются за счет средств федерального бюджета. Вместе с тем, по словам заместителя председателя Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Ирины Соколовой, финансирование этих расходов со следующего года снизится, а с 2015 года прекратится совсем. «Без федеральной поддержки регионам будет трудно справиться с этим полномочием», – подчеркнула Ирина Соколова. Комитет планирует провести по указанному вопросу отдельное обсуждение с участием представителей Минфина России.

По прогнозам экспертов, помимо снижения доступности медицинской помощи, новый механизм финансирования вынудит пациентов чаще пользоваться платными медицинскими услугами. Правда, стоимость платных услуг бюджетных учреждениях может возрасти, и не исключены к тому же случаи их навязывания. «Больницы станут активно предлагать пациентам платить даже за те услуги, которые включены в программу госгарантий. А как еще можно выжить?», – резюмирует Юрий Жулев.

Коммерческая медицина, которая могла бы взять на себя часть нагрузки государственной медицины, также не лишена недостатков. По словам председателя Комиссии по контролю за реформой и модернизацией

системы здравоохранения и демографии Общественной палаты РФ Николая Дайхеса, коммерческая медицина в нашей стране сформировалась в "дикие" 90-е годы, и если многие "дикие" вещи того периода перешли в цивилизационное поле, то коммерческая медицина этого до сих пор не сделала. Некоторые случаи из практики правоохранительных органов подтверждают этот тезис. Так, в апреле 2013 года Следственный комитет России по Иркутской области возбудил уголовное дело по факту оказания одним из репродуктивных центров области некачественных медицинских услуг – по версии следствия, пациентов в этом центре лечили от несуществующих болезней, причем некоторым из пострадавших был нанесен серьезный ущерб здоровью.

Сергей Калашников, председатель Комитета Госдумы по охране здоровья: "Правительство нам поясняет, что основной объем финансирования пойдет не через федеральный бюджет, а через фонд ОМС. Но запланированные доходы бюджета Фонда искусственны. Весь бюджет сверстан исходя из планируемого роста ВВП на уровне 3%. Пока рост ВВП по итогам первого полугодия составляет 1,5%, в третьем квартале 2013 года – 0% . Надежда на то, что в четвертом квартале произойдет некий рост, необоснованна. Но даже если рост будет 1,8%, как планируется, это все равно не 3%, а гораздо меньше. И в бюджете нет мощных инфраструктурных предложений, которые бы позволили вдвое увеличить ВВП. То есть план бюджетных поступлений явно завышен. А значит, не будет пенсии, не будет здравоохранения и медицины".

Еще одним способом снизить нагрузку государства на здравоохранение, могло бы стать государственно-частное партнерство. Как отметил Николай Дайхес, это не очередной способ побора с пациентов, а схема взаимовыгодного взаимодействия частных лиц и государства. В качестве примера он привел участие работодателей в финансировании оказания медицинских услуг их работникам.

Выводы медицинского сообщества по поводу "бюджетного маневра" в здравоохранении оказались неутешительными. "Здесь кроется потенциальная опасность создания очагов социальной напряженности. Пациент должен понимать, что если такой прогноз сбудется, его ждут очень непростые времена", – сделал вывод Николай Дронов. «Расходы на здравоохранение – это не расходы в прямом понимании этого слова, это инвестиции в человеческий капитал. Здоровье – это самое дорогое, что у человека есть, и без инвестиций в человеческий капитал невозможно развивать ни промышленность, ни другие проекты в стране, потому что главные ресурс – это люди, и эти люди должны быть здоровы», – подчеркнул он.

Первые лица государства разошлись во взглядах на финансовое обеспечение здравоохранения в законопроекте о бюджете. На состоявшемся накануне внесения в Госдуму законопроекта о федеральном бюджете совещании Президента РФ Владимира Путина с главами ведущих министерств РФ речь шла об обязательном исполнении всех социальных обязательств перед гражданами. Было отмечено, в частности, что ожидается увеличение объемов финансирования всех основных блоков здравоохранения. "Бюджет позволит нам выполнить все указы Президента от 7 мая 2012 года и в плане повышения заработной платы медицинским работникам, и в плане выполнения основных целевых показателей по состоянию здоровья населения", – резюмировала Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Вместе с тем, на дневном пленарном заседании Госдумы, состоявшемся 25 октября текущего года, обеспокоенность по поводу финансирования здравоохранения выразили представители некоторых комитетов. Так, член Комитета по бюджету и налогам Николай Гончар указал на недостаточное финансирование ФОМС, а председатель Комитета по охране здоровья Сергей Калашников заявил, что «этот бюджет очень условный, здесь представлены эфемерные цифры, не отвечающие сегодняшнему времени».

2.2. Анализ исполнения финансовых планов учреждения здравоохранения

Одно из основных новшеств, касающихся финансирования здравоохранения в России в 2016 г. (как и всей системы бюджетирования в целом), заключается в том, что, согласно Федеральному закону РФ No 273 от 30.09.2015, период планирования в области формирования государственного бюджета сокращается с трех лет до одного года. Таким образом, федеральный бюджет и бюджет Федерального фонда ОМС были утверждены только на 2016 г. (хотя проект бюджета Федерального ФОМС изначально был разработан на 2016 г. и плановый период 2017—2018 гг.).

Субъекты РФ вправе самостоятельно выбирать горизонт планирования, хотя анализ уже принятых законов о региональных бюджетах показывает, что большинство регионов предпочли следовать федеральному опыту и отказались от трехлетних планов.

Суммарные расходы федерального бюджета на 2016 г. утверждены в размере 16 098 млрд руб. (+4,4% к расходам 2015 г.) с дефицитом в 14,7%.

Расходы на здравоохранение в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» составляют 354 млрд руб., или 2,2% от общих расходов федерального бюджета. По сравнению с текущим годом расходы на здравоохранение увеличены на 42%. При этом в бюджете на 2015 г. рост расходов в 2016 г. должен был составить всего 9% (и это с учетом того, что в течение 2015 г. расходы федерального бюджета на здравоохранение были дважды пересмотрены в сторону уменьшения и суммарно снизились на 8%).

Согласно утвержденному закону, основной рост федеральных расходов на здравоохранение в 2016 г. заложен за счет финансирования подпрограммы «Совершенствование оказания специализированной, включая высокотенологичную, медицинской помощи» (158 млрд руб., что в 2,8 раза превосходит расходы 2015 г.). С одной стороны, выглядит впечатляюще, но,

если разобраться в структуре финансирования данной подпрограммы, можно заметить, что 61% всех расходов на стационарную помощь (97 млрд руб.) заложено на оказание ВМП (методов, не включенных в базовую программу ОМС), средства на финансирование которой в федеральный бюджет переводит Федеральный ФОМС. Получается, что реальный рост расходов в рамках данной подпрограммы составляет всего 6,7% по сравнению с 2015 г. (табл.).

Еще одним изменением структуры расходов федерального бюджета на здравоохранение в 2016 г. является появление в ГП «Развитие здравоохранения» новой подпрограммы «Организация обязательного медицинского страхования граждан РФ». На ее финансирование заложено 25 млрд руб., или 7% всех расходов. Учитывая что в 2015 г. данной статьи не было.

На самом деле это сокращение не совсем внезапное. В 2012 году программа развития здравоохранения была принята с двумя сценариями: бюджетным, то есть минимальным (на графиках ниже он обозначен розовым), и модернизационным, предполагавшим некоторое развитие (синий). Тогда министр Вероника Скворцова говорила, что если пойти по бюджетному сценарию, то мы недосчитаемся нескольких миллионов жизней. Заболеваемость и смертность, обеспеченность лечением и лекарствами при бюджетном сценарии очень плохие, а при инновационном соответствовали тому, что было написано в президентском указе, подписанном в мае 2012 года (там много про рост продолжительности жизни, зарплат врачей и прочих замечательных изменений).

Сейчас деньги в здравоохранение поступают из трех источников – напрямую из федерального бюджета (так финансируются, к примеру, Онкоцентр, Кардиологический центр и прочие большие федеральные институты), из региональных бюджетов и из Фонда обязательного медицинского страхования (все городские поликлиники и больницы).



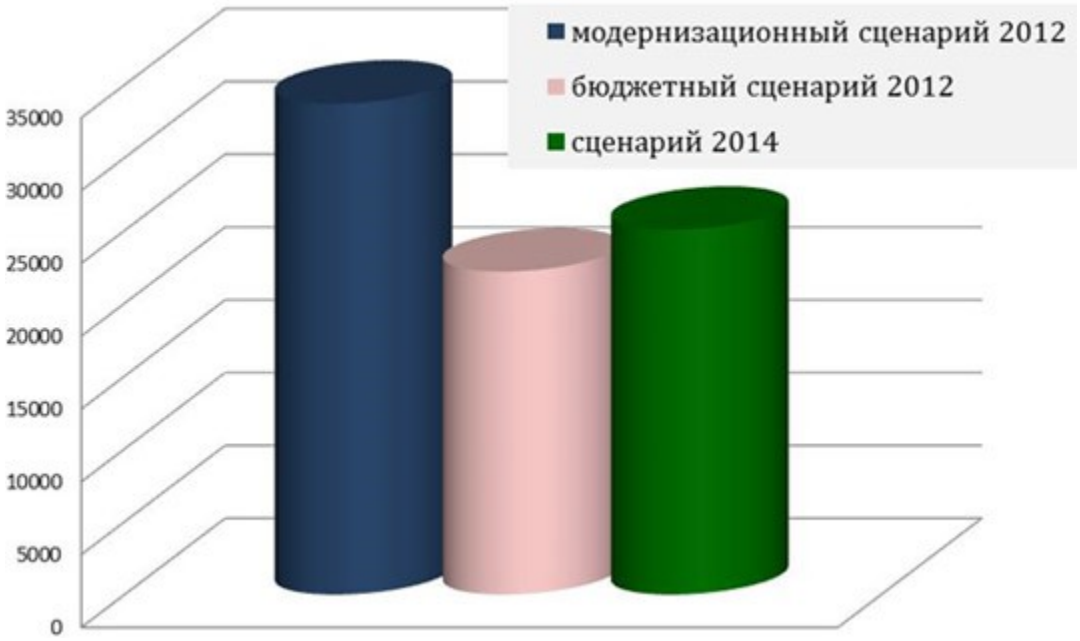




Источник: МЗ РФ, 2012

Справедливости ради, весь 2013 год деньги выделялись по лучшему, инновационному сценарию. И это пошло на пользу – продолжительность жизни в России за прошлый год увеличилась на полгода. Однако сегодня правительство рассматривает новый проект программы развития, который даже в теории будет незначительно лучше бюджетного (на диаграммах он зеленый).

Суммарные затраты на программу



Источник: На основании данных Минздрава

Так вот, по сценарию, который сегодня обсуждается в правительстве, прямые расходы федерального бюджета будут даже немного ниже тех, что были заложены в плохом сценарии, предполагаемый рост финансирования ФФОМС будет незначительным и, вероятно, перекроется инфляцией.

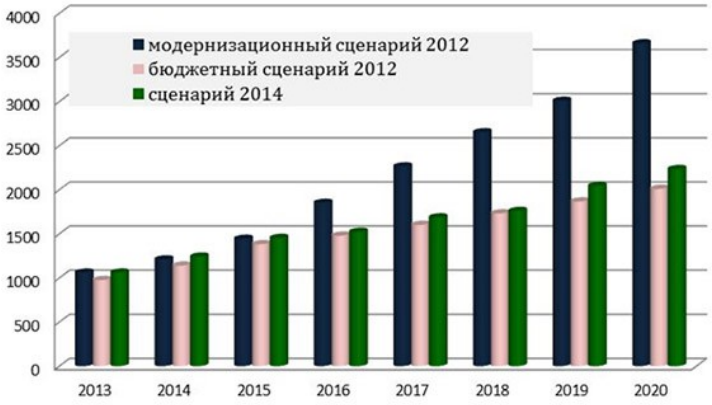
Федеральный бюджет



Региональные бюджеты



Фонд ОМС



Реальный рост затрат в % в сравнении с 2013 годом (с учетом прогноза инфляции)



Источник: На основании данных Минздрава

Как видно из этих столбиков, предлагаемый (зеленый) сценарий меньше инновационного (синего) как раз на те самые 329 млрд рублей, которые фигурируют в пояснительной записке Минздрава и которые так взволновали пациентские организации.

Единственное, что теоретически должно существенно вырасти, – это финансирование из региональных бюджетов. В итоге, если хороший инновационный сценарий предполагал рост финансирования в ближайшие семь лет на 185%, то новый сценарий предполагает рост только на 124%. Но это в теории, а на практике даже этому росту взяться неоткуда.

«Предполагается, что доля регионов вырастет с 33% до 38%, – говорит Лариса Попович, директор Института экономики здравоохранения ВШЭ. – Однако если посмотреть на реальное положение вещей, то такой рост едва ли возможен. Долговая нагрузка во всех регионах за прошлый год выросла, дефицит бюджетов такой, что с заложенным ростом они просто не справятся».

К тому же если посмотреть на соотношение расходов на здравоохранение, то большую часть в них занимает рост зарплат врачей:

Структура затрат на здравоохранение: бюджетный сценарий



Источник: На основании данных Минздрава

То есть даже в теории (которая далека от региональной реальности) денег будет хватать на повышение зарплат, а на все прочие статьи расходов, то есть, собственно на лечение, денег остается меньше самого пессимистичного минимума, заложенного в декабре 2012 года.

Есть такой показатель благополучия – процент ВВП, который тратится на здравоохранение. Это не идеальное мерило, но, к примеру, в США он достигает 18%, в странах Западной Европы – около 7–8%, а в России в 2013–2014 годах это лишь 3,6%, и в ближайшие два года даже по неблагоприятному сценарию финансирование медицины составит не больше 3,3% ВВП. А если учесть, что регионы очевидно не справятся с нагрузкой, которую на них планирует возложить правительство, то реальный процент от ВВП будет еще меньше.

Доля ВВП – не слишком конкретный показатель, гораздо красноречивее реальные деньги, которые выделяются на душу населения. Если посмотреть на последние доступные данные, то в 2011 году в России приходилось $1316 на человека. В принципе, это немало, тем более что сюда не входят благотворители и деньги, которые выделяют компании на лечение своих сотрудников. Другое дело, что 40% этой суммы – не государственные,

а частные деньги, то есть то, что люди платят из собственного кармана через ДМС или напрямую за платные услуги.

«Самое печальное, что, несмотря на конституционное право на медицинское обслуживание, государственные расходы, как видно из графика, растут вдвое медленнее, чем частные расходы населения, – говорит Лариса Попович. – В Англии, например, на человека тратится $5000, в США – больше $8000. Близкая нам по ВВП на душу населения Польша тратит в полтора раза больше, чем Россия; Мальта, у которой почти такой же ВВП, тратит в четыре раза больше на здравоохранение, чем Россия, а Коста-Рика, которая вдвое беднее нас, тратит на здравоохранение в 1,3 раза больше, чем наше государство».

Особенно это заметно, если посмотреть на расходы населения на лекарства, это главное, что нам приходится оплачивать самим. Россия одна из немногих стран, которые почти не предоставляют пациентам бесплатные лекарства амбулаторно. «И это очень печально, ведь это самое начало болезни, когда ее проще и дешевле всего остановить, – говорит Лариса Попович. – Поэтому во всем мире лекарственное обеспечение считается самым важным показателем системы здравоохранения. В Германии ВВП на человека больше, чем в России, в два раза, а государственные траты на лекарства – в шестнадцать с половиной раз больше. Польша тратит в четыре раза больше, чем Россия. Бедная Молдова сейчас начала реформу здравоохранения с повышения доступности лекарств. У нас больше тратят на стены и оборудование, что тоже важно, но начать бы следовало с того, чтобы создать мотивацию у людей следить за своим здоровьем, и бесплатные лекарства, которые позволяли бы это делать. Все специалисты это понимают, и Минздрав пытается пробить эту стену, но, конечно, с сокращением финансирования это будет просто невозможно».

Самое главное, что не понимает правительство, что деньги, которые вкладываются в здравоохранение, – это не расходы, а инвестиции. По расчетам Института экономики здравоохранения, каждый рубль, вложенный

в профилактику и лечение, позволяет сохранить минимум 2–12 рублей в других сферах экономики. Повышается производительность труда, уменьшается смертность и инвалидизация, то есть происходит та самая стимуляция экономики, о которой так много говорят сегодня.

«Единственный способ добиться экономических результатов – это повернуть в сторону здравоохранения, которое поддерживает и создает трудовой потенциал, – говорит Лариса Попович. – Человек может быть здоровым, только если он заинтересован в своем здоровье. А это возможно, только если он чувствует, что о нем заботятся. Только тогда у него в голове ценность собственного здоровья превысит все остальные ценности».

В прошлогоднем докладе министра Скворцовой Государственному совету говорится, что дефицит финансирования государственных гарантий в сфере здравоохранения составлял в 2013 году 120,5 млрд рублей, в 2015 году вырастет до 140 млрд, а к 2018 году – аж до 754 млрд рублей. В этих порядках цифры перестают производить впечатление на обычного человека – что 120 миллиардов, что 700, одинаково трудно представить. Министр Скворцова объяснила более доходчиво: денег перестанет хватать на лекарства, оборудование, расходные материалы и содержание медицинских организаций. Если совсем просто: могут начаться проблемы с инструментами для операций, бинтами и перебои света в больницах.

Совсем недавно, 21 января 2014 года, Путин собрал в уютном Ново-Огареве совещание по здравоохранению, на котором министр Скворцова докладывала, что меньше чем за год смертность снизилась на 1,5%, средняя продолжительность жизни выросла на полгода (до 70,7 года), врачей стало больше; в общем, дела пошли в гору, указ президента выполняется, и даже с опережением графика. Все это официальная статистика, которая соответствует ожиданиям и, главное, прошлогодним инвестициям. Стенограмма того заседания, размещенная на сайте президента, обрывается как раз в том месте, где заканчивается позитивное вступительное слово Скворцовой. Проект постановления, который сегодня

обсуждается в правительстве, не оставляет шансов ни преумножить, ни хотя бы сохранить прошлогодние успехи, о которых рассказывали друг другу президент и министр.

ГЛАВА 3. ПУТИ СОВЕРШЕНСТОВАНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

3.1. Финансовые проблемы развития здравоохранения в России

Размеры государственного финансирования здравоохранения, сократившиеся более чем на треть в 90-е годы, стали увеличиваться с 2000 года. Произошел разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условиями получения медицинской помощи. Финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на самих граждан и работодателей.

Расходы населения на лекарственные средства и медицинские услуги устойчиво растут высокими темпами. Нарастание платности медицинской помощи усиливается, несмотря на рост государственного финансирования в последние годы. Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи.

В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. Проблема усугубляется тем, что подходы к финансированию государственных гарантий оказания медицинской помощи населению не позволяют четко определить

зависимость оплаты и качества помощи, которая должна бесплатно предоставляться гражданам.

Ссылки на недостаточность государственного финансирования здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обеспечения используются медицинскими работниками и руководителями здравоохранения в качестве оправдания снижения качества медицинских услуг и предоставления за плату услуг, которые реально должны быть оказаны для граждан бесплатно. Поэтому без конкретизации государственных гарантий медицинской помощи, разграничения медицинской помощи на бесплатные и платные медицинские услуги уже нельзя рассчитывать на то, что проблему разрыва между гарантиями и их финансовым обеспечением можно решить лишь путем увеличения размеров государственного финансирования здравоохранения.

Существующая система обязательного медицинского страхования (ОМС) имеет целый ряд серьезных изъянов, преодоление которых требует изменений самой модели ее существования. Главным изъяном является несбалансированность программ ОМС с размерами страховых платежей. Система ОМС аккумулирует лишь 41,9% совокупного объема государственно- го финансирования здравоохранения.

Эта проблема порождена прежде всего невыполнением субъектами Российской Федерации и органами местного самоуправления обязательств по уплате страховых взносов на неработающее население в полном объеме. Правда, в последние годы обозначилась тенденция увеличения размеров взносов за неработающее население, но это кардинально не меняет ситуации.

Сложившаяся модель ОМС не оказала существенного влияния на эффективность использования ресурсов здравоохранения. Не оправдались первоначальные ожидания появления конкуренции между страховщиками, стимулирующей их активность в защите прав застрахованных и оптимизации размещения заказов среди медицинских организаций.

Население практически не может выбрать страховщика, а сами страховщики не несут финансовых рисков в отношении оплаты медицинской помощи и поэтому не заинтересованы в выборе более эффективных вариантов организации предоставления медицинской помощи застрахованным.

Эти проблемы во многом обусловлены низкой управляемостью системы ОМС. По существу, эта система распалась на множество фрагментов с построением каждым субъектом Российской Федерации собственной модели ОМС. Таким образом, серьезной проблемой обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи является значительная дифференциация размеров государственного финансирования здравоохранения по регионам.

Существующие экономические механизмы в системе здравоохранения не создают у ее участников стимулов к повышению эффективности использования общественных ресурсов. Центральной проблемой организации финансирования государственных и муниципальных учреждений здравоохранения является двойственность источников и методов их финансирования за предоставление населению медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС.

Такие виды помощи должны были оплачиваться только за счет средств ОМС, но на практике продолжают финансироваться как из системы ОМС, так и из бюджета. Государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения получают примерно от 50 до 60% средств в виде бюджетного финансирования содержания учреждения, от 30 до 50% – из системы ОМС в виде оплаты оказанной медицинской помощи и от 5 до 15% – в виде доходов от оказания платных медицинских услуг населению.

Анализируя данные полученные в результате изучения специфики организации финансирования здравоохранения в Россия, а так же данные полученные в результате исследования было установлено, что существующая система финансирования здравоохранения в стране, имеет ряд проблем.

В здравоохранении России наблюдается нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования здравоохраненческой отрасли.

Текущая система государственного финансирования бюджетных отраслей, приводят к ухудшению показателей здоровья населения, усилению неравенства между различными слоями населения в качестве и доступности медицинской помощи, приводит к обнищанию самых незащищенных слоев населения и резко снижает удовлетворенность населения медицинской помощью.

Кроме того, сегодня наблюдается низкий тариф ЕСН в части средств на обязательное медицинское страхование работающего населения, поскольку величина этих отчислений не увязана со стоимостью «страхового года» работающего населения.

Недостаточное финансирование наблюдается и в системе ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

- отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

- неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

- непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

Следующая выявленная проблема - дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС. Данная причина связана с отсутствием сбалансированности финансовых возможностей системы ОМС и объемов медицинской помощи, включенных в Базовую (а, соответственно и в территориальные) программу обязательного медицинского страхования,

ежегодно утверждаемую Правительством РФ. Программа основана на минимальном подушевом нормативе.

Кроме того, явной проблемой выступает многоканальность финансирования (ОМС, добровольное (дополнительное) медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ и создает предпосылки для сговора. В такой ситуации личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС одновременно, - над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

Многовариантность и отсутствие унификации способов оплаты медицинской помощи на сегодня, оказываемой как в стационарных, так в амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения так же является большой проблемой.

Сохраняющиеся затратные способы оплаты и оплата медицинской помощи по смете являются недопустимыми на сегодняшний день. Многовариантность способов оплаты служит значительным препятствием при проведении межтерриториальных взаиморасчетов между ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам за пределами территории их страхования.

Следующая проблема – непродуманность структуры тарифов в системе ОМС формируемая исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

Кроме того, сегодня наблюдается отсутствие динамики в структуре расходов по основным видам медицинской помощи с сохранением наиболее затратных видов ее оказания.

Ключевой проблемой так же является отсутствие позитивных перемен в системе оплаты труда медицинских работников. Данная проблема порождает, в значительной степени, одну из важнейших негативных особенностей российского здравоохранения на сегодня - низкое качество оказания медицинской помощи в российском здравоохранении на сегодня.

Основные организационные проблемы в системе ОМС заключаются в следующем:

1. Структурный полиморфизм территориальных систем ОМС, затрудняющий управление обязательным медицинским страхованием, не позволяющий оптимизировать и унифицировать механизмы функционирования системы ОМС на территории Российской Федерации.

2. Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС:

- определение и законодательное закрепление направлений модернизации системы ОМС на современном этапе;

- отсутствие законодательного закрепления государственных гарантий медицинской помощи населению и определения публичных обязательств в сфере здравоохранения;

- пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС;

-правовое обеспечение деятельности по защите прав застрахованных.

Наряду с указанными проблемами, требуют отдельного законодательного решения такие вопросы как:

- отдельное законодательство о добровольном медицинском страховании и платных медицинских услугах;

- обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

3. Отсутствие надлежащего государственного регулирования по основным направлениям деятельности страховой медицинской организации

(СМО). Основные причины назревшей необходимости регулирования деятельности страховщика в системе ОМС следующие:

Выбор страховщика осуществляется работодателями и органами местной власти, а не самими застрахованными. Вопреки ожиданиям, многочисленные страховщики (сегодня их более 300) не стали информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколько-нибудь существенного вклада в повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

В силу экономической привлекательности и отсутствия законодательного запрета на совмещения деятельности по обязательному (ОМС) и добровольному (ДМС) медицинскому страхованию одним субъектом, все крупнейшие страховщики осуществляют эти виды страхования одновременно. В результате возникает конфликт интересов между решением социальных задач и получением максимальной прибыли.

Следствием сращивания ОМС и ДМС в одной организации является дискредитация всего института независимого страхового контроля качества медицинской помощи в системе ОМС. Дело в том, что зачастую экспертизу обоснованности и правильности оказания тех или иных «платных» и «бесплатных» услуг осуществляет одно и то же лицо. Ясно, что будучи заинтересованным в получении страховой премии по ДМС, страховщик не будет объективно влиять на качество «бюджетных услуг» в лучшую сторону.

Таким образом, совмещение в одном лице услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию является одной из главных проблем медицинского страхования в целом. А корень этой проблемы - в единстве правового регулирования диаметрально противоположных видов страхования. Необходимо четкое законодательное разграничение ОМС и ДМС, вплоть до принятия отдельного закона «О добровольном медицинском страховании граждан».

Рынок ОМС в России контролируется незначительным числом крупнейших страховых компаний, хотя их участие в организации социальной

защиты подчинено целям продажи иных страховых продуктов и обеспечения финансовой устойчивости своего холдинга за счет бюджетных средств. Сложившаяся монополизация явилась следствием мер исключительно административного характера, а не претензий граждан по поводу качества страхования.

Так, выбор страховщика по ОМС зачастую реализуется путем проведения так называемых конкурсов на страхование неработающего населения, что сопровождается разрывом предыдущих договоров страхования и финансирования, массовой заменой полисов ОМС. В результате подмена рыночных механизмов конкуренции административными процедурами создает все условия для коррупции и насаждения социального иждивенчества.

Указанная ситуация игнорирует положения современных руководящих документов Правительства РФ, в частности «Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2012 - 2015 годы)», где указывается, что «Участие страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования необходимо для создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций. Одним из основных условий достижения конкуренции является реальный выбор самими застрахованными страховой медицинской организации».

Проводимая в настоящий период времени интенсивная деятельность Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по созданию Концепции развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 года, направлена на решение основных проблем здравоохраненческой отрасли, включая систему обязательного медицинского страхования. Одним из семи направлений Концепции является внесение серьезных изменений в Основы законодательства Российской

Федерации о здравоохранении и, конечно, в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании».

3.2. Способы повышения эффективности финансирования здравоохранения в России

В связи с тем, что основными проблемами развития здравоохранения названы неэффективность системы финансирования, решение проблем возможно лишь точными целенаправленными действиями правительства РФ, создание продуманной реформы в сфере социальной защиты населения.

Согласно федеральным рекомендациям, бюджетные и страховые средства должны использоваться для покрытия разных статей расходов. На практике же нередко отдельные статьи рас- ходов лечебно-профилактических учреждений покрываются одновременно из двух указанных источников финансирования. Это создает у учреждений заинтересованность в затратном хозяйствовании, а не в более эффективном использовании ресурсов. Модернизация системы здравоохранения неизбежна. Главное в модернизации российского здравоохранения – системность преобразований и постепенность их осуществления. Конечной целью является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Реформирование систем здравоохранения и обязательного медицинского страхования в Российской Федерации неосуществимо без прогрессивных экономических методов управления, включая анализ эффективности использования имеющихся ресурсов. В сложных условиях проведения реформы в здравоохранении первостепенное значение приобретают принципы программно-целевого планирования и финансирования отрасли:

– соответствие выполняемых полномочий (функций) их финансовому наполнению на каждом уровне управления;

– обеспечение непрерывности и преемственности полномочий;

– оптимизация бюджетных расходов;

– бюджетирование, ориентированное на результат;

– реструктуризация подведомственных учреждений в целях эффективного использования имеющихся ресурсов [44].

Реализация этих принципов возможна лишь при увеличении расходов на здравоохранение в среднесрочной перспективе из государственных источников финансирования. В перспективе основными механизмами экономического планирования и финансирования бесплатной медицинской помощи населению России должны стать:

– сочетание социальной солидарности и справедливости при формировании финансового обеспечения государственных гарантий с адресной направленностью расходования финансовых средств при оказании медицинской помощи конкретному гражданину;

– одноканальное финансирование медицинских организаций, реализующих государственные и муниципальные задания в рамках программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, по страховому принципу оплаты всех расходов (по полному тарифу);

– развитие межбюджетных взаимоотношений с целью выравнивания финансовых условий в муниципальных образованиях, субъектах Российской Федерации для обеспечения полновесного тарифа на выполнение государственных обязательств в сфере здравоохранения;

– переход от затратного (сметного) принципа формирования доходов и финансирования медицинских организаций из государственных источников к бюджетированию, ориентированному на результат (объем, ассортимент и качество медицинских услуг по видам медицинской помощи).

Действующая бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения должна быть преобразована в систему финансирования, основанную на страховом принципе, то есть двухканальная система

поступления финансовых средств в медицинскую организацию уступает место одноканальной системе. Это позволит более эффективно планировать и контролировать имеющиеся средства, оплачивать реальные результаты деятельности медицинских организаций, а не их содержание. Данной цели служит конкретизация программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи как на уровне Российской Федерации, так и на уровне субъектов Российской Федерации, которые будут практически совпадать с программами обязательного медицинского страхования.

Программы будут охватывать большую часть видов медицинской помощи, предоставляемых населению. Соответственно система ОМС должна аккумулировать не менее двух третей государственного финансирования здравоохранения. Напрямую из бюджетов должны будут финансироваться высокотехнологичные виды медицинской помощи, лечение заболеваний, имеющих особую социальную значимость (туберкулез, ВИЧ-СПИД, психические заболевания и пр.), санитарно- эпидемиологический надзор и контроль и др.

В целях повышения управляемости системы ОМС, усиления государственного контроля за целевым и рациональным использованием средств обязательного медицинского страхования и обеспечения более эффективного выравнивания финансовых условий реализации государственных гарантий медицинской помощи необходимо подчинить территориальные фонды ОМС Федеральному фонду обязательного медицинского страхования. Вместе с тем предлагаемые структурные изменения сохраняют за органами власти субъектов Российской Федерации механизмы контроля за деятельностью территориальных фондов ОМС.

Орган законодательной власти субъекта Российской Федерации утверждает бюджет территориального фонда ОМС, подушевые нормативы финансирования здравоохранения и тарифы на оплату медицинских услуг в системе ОМС. С целью осуществления общественного контроля за

деятельностью системы ОМС целесообразно ввести институты социального партнерства в управление системой ОМС. Органы государственной власти Российской Федерации, общероссийские объединения профессиональных союзов и объединения работодателей формируют наблюдательный совет на уровне Федерального фонда ОМС. Органы власти субъекта Российской Федерации, территориальные объединения профессиональных союзов и объединений работодателей формируют наблюдательные советы на уровне территориальных фондов ОМС.

Необходимо законодательно установить требования и механизмы обеспечения сбалансированности программ ОМС с финансовыми ресурсами. Страховые взносы субъекта Российской Федерации на ОМС неработающего населения должны устанавливаться в размере, не меньшем, чем размер, обеспечивающий сбалансированность суммы средств из всех источников, предназначенных для финансирования базовой программы ОМС, и ее стоимости. Стоимость базовой программы ОМС в субъекте Российской Федерации должна определяться после утверждения тарифов на оплату медицинских услуг, которые не должны быть меньше величин, рассчитанных в соответствии с методикой определения минимальных тарифов на гарантированную медицинскую помощь, утверждаемой федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим управление здравоохранением, что должно поднять планку требований к ресурсному обеспечению оказания медицинской помощи и на этой основе – преодолеть стремление регионов искусственно занижать размер взносов на ОМС неработающего населения. За счет средств Федерального фонда ОМС, в том числе субсидий и субвенций из федерального бюджета, должно производиться выравнивание условий финансирования базовой программы ОМС в субъектах Российской Федерации. За счет субсидий из Федерального фонда ОМС финансовые ресурсы ОМС будут перемещаться в пользу регионов, не способных собрать достаточные средства для обеспечения

стоимости базовой программы ОМС в силу объективных социально-экономических причин.

Размер субсидий рассчитывается с учетом уровней бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации и устанавливается в составе расходов бюджета Федерального фонда ОМС Российской Федерации. Страховые медицинские организации должны стать информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных. Для этого необходимо существенно изменить правила участия страховщиков в системе обязательного медицинского страхования.

Участие страховых медицинских организаций в системе ОМС необходимо в качестве средства создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций друг с другом за застрахованных.

Необходимо ввести систему разделения финансовых рисков между территориальными фондами ОМС и страховщиками, последние будут брать на себя часть рисков, связанных с отклонениями фактических расходов на оказание медицинской помощи застрахованным от плановых. Крайне важно обеспечить реальные возможности участия страховщиков в планировании и проведении организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи населению (участие в разработке программ ОМС, программ структурных преобразований и др.). Изменение правил участия страховщиков в системе ОМС призвано обеспечить их заинтересованность не только в контроле качества и клинико-экономической обоснованности медицинской помощи, оказываемой застрахованным, но и в планировании и согласовании с медицинскими организациями наиболее рациональных форм оказания медицинской помощи и воздействии на процессы структурных сдвигов в здравоохранении. Чтобы сделать договорные отношения между страховщиками и медицинскими

организациями реальным фактором стимулирования структурных сдвигов, необходимо обеспечить включение в тариф оплаты медицинских услуг всех видов затрат, связанных с их оказанием, включая нормативные расходы на коммунальные услуги и амортизацию оборудования.

Экономическая заинтересованность в оптимизации издержек на оказание медицинской помощи, обусловленная системой разделения рисков между территориальным фондом ОМС и страховщиками, должна дополняться мерами, обеспечивающими реальную возможность страховщиков участвовать в организации и планировании медицинской помощи застрахованным. Необходимо исключить сметное финансирование медицинских организаций, поскольку это стимулирует затратный тип хозяйствования медицинских организаций. Широко применяемые в настоящее время в системе ОМС ретроспективные методы оплаты за фактические объемы помощи слабо ориентируют медицинские организации на повышение структурной эффективности их деятельности. Они должны уступить место предварительным методам оплаты, при которых страховщик берет на себя ответственность за оплату согласованных объемов медицинской помощи.

Медицинская организация, в свою очередь, берет ответственность за оказание запланированных объемов и делит финансовые риски со страховщиками при их превышении. Финансирование работы медицинских учреждений должно происходить на основе договоров, заключаемых ими со страховщиками. Следует отказаться от действующих валовых методов оплаты за фактически оказан- ные услуги участковых врачей и врачей общей практики, особенно от оплаты фактического числа посещений. Как показывает отечественный и зарубежный опыт, они слабо ориентиру- ют на повышение ответственности за здоровье населения (больше больных людей, выше до- ход) и способствуют усилению затратных механизмов в здравоохранении. Для повышения вклада звена первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) целесообразно сделать акцент на

использовании следующих методов оплаты. Метод частичного фондодержания: группа врачей общей практики и участковых врачей получают подушевой норматив финансирования, в состав которого входят расходы на услуги узких специалистов и скорую медицинскую помощь. Страховщик по поручению фондодержателя осуществляет расчеты с другими звеньями оказания медицинской помощи, формирует остаточный доход звена ПМСП, делит с ним финансовые риски, осуществляет комплекс мер по контролю за обоснованностью направлений застрахованных и качеством медицинской помощи.

Премирование звена ПМСП за достижение установленных показателей их вклада в реструктуризацию и качество работы осуществляется на основе набора показателей и объективных методов оценки результатов деятельности. Консультации и исследования в амбулаторных условиях могут оплачиваться за фактические объемы оказанных услуг с использованием различных вариантов установления общих лимитов соответствующих затрат.

Оплату стационарной помощи целесообразно производить за законченные случаи лечения в пределах заранее согласованных со страховщиками и врачами ПМСП объемов стационарной помощи. Сверхплановые объемы оплачивать лишь в размере переменных затрат (лекарства и питание). Уже имеющийся экспериментальный опыт использования таких методов свидетельствует об их существенном вкладе в перемещение объемов стационарной помощи на амбулаторный этап.

Для учреждений здравоохранения, прежде всего учреждений федерального подчинения, оказывающих специализированную высокотехнологичную помощь, необходимо формировать государственный заказ на согласованные объемы медицинской помощи. Использование нового принципа финансирования позволит привести в соответствие плановый размер государственных средств с фактическим объемом медицинских услуг, с учетом показателей их качества. В качестве способа ослабления разрыва между обязательствами и финансовыми возможностями государства

необходимо опираться на развитие форм добровольного медицинского страхования (ДМС).

В существующей системе финансирования здравоохранения имеется проблема дублирования финансирования обязательного и добровольного медицинского страхования со стороны страхователей по добровольному страхованию.

Развитие форм ДМС будет способствовать легализации практики включения в программы ДМС медицинских услуг и лекарственного обеспечения, предусмотренных программой обязательного медицинского страхования, допущению использования в счет оплаты взносов по ДМС части средств, уплачиваемых за соответствующих застрахованных в систему ОМС. Это будет содействовать снижению стоимости программ ДМС соответственно увеличению их доступности для граждан и расширению круга лиц, получающих медицинское обслуживание, финансируемое за счет легального сочетания общественных и частных интересов.

Основной формой государственных и муниципальных организаций здравоохранения является в настоящее время форма бюджетного учреждения. Для значительной части бюджетных учреждений, и прежде всего для тех, кто участвует в системе обязательного медицинского страхования и полу- чает из нее средства в соответствии с объемом и качеством оказываемой медицинской помощи, тот чрезвычайно ограниченный объем прав, которыми располагают учреждения в осуществлении своей хозяйственной деятельности, не соответствует требованиям к ее эффективной организации.

Организационно-правовая форма бюджетного учреждения становится несовместимой со страховой моделью и задачами реструктуризации здравоохранения. Избыточные ограничения оборачиваются ослаблением мотивации к адекватному учету нужд застрахованных и эффективному использованию ресурсного потенциала учреждений. Поэтому существует реальная необходимость иметь в государственном секторе не только

административно контролируемые бюджетные учреждения, но и государственные организации, законодательно наделенные более широкими правами самостоятельного хозяйствования и, соответственно, имеющие более высокую степень ответственности за экономическое обеспечение и результаты своей деятельности.

Этой задаче отвечает принятие законов о введении форм автономного учреждения и автономной государственной (муниципальной) некоммерческой организации, которые должны дополнить существующую форму бюджетного учреждения. Одни из ныне действующих бюджетных учреждений здравоохранения останутся в прежней форме, другие будут преобразованы в новые формы. Принятие решений о целесообразности преобразования учреждений в новые формы должно осуществляться с учетом экономических условий их деятельности (структуры доходов и расходов, наличия реальной или потенциальной конкуренции, готовности управленческого потенциала и др.).

Преобразование лечебно-профилактических учреждений в новые формы в сочетании с мерами по модернизации системы ОМС создаст у медицинских организаций стимулы к повышению эффективности использования имеющихся ресурсов. Экономические стимулы к реструктуризации системы здравоохранения могут быть запущены только при реальной возможности реализации договорных отношений между всеми субъектами ОМС, прежде всего между страховщиками и медицинскими организациями.

Чтобы сделать договорные отношения реальным фактором стимулирования структурных сдвигов, необходимо обеспечить возмещение страховщиками всех расходов по оказанию медицинской помощи и переход на «полный тариф». Для ускорения процесса реструктуризации здравоохранения особенно важно обеспечить концентрацию подавляющей части бюджетных средств в территориальных фондах ОМС в виде взносов на ОМС неработающего населения.

При складывающемся новом разделении полномочий различных уровней исполнительной власти в отношении оказания различных видов медицинской помощи переход на страховой принцип финансирования даст возможность преодолеть «искусственные перегородки» между отдельными видами медицинской помощи. Экономия, возникающая в одном секторе здравоохранения, будет свободно перемещаться в другой.

Принцип «деньги следуют за пациентом» станет доминирующим. При осуществлении всех намеченных преобразований в систему здравоохранения ожидается привлечение дополнительных финансовых источников. Перечисленные направления и формы реструктуризации могут быть осуществлены только при условии преодоления узкокорпоративных интересов руководителей учреждений и медицинских работников, а также сложившихся стереотипов потребления населением медицинских услуг.

Реализация приоритетных направлений системы здравоохранения и сопутствующих мероприятий требует принятия новых федеральных законов, регулирующих как систему обязательного медицинского страхования, так и саму систему здравоохранения в целом, новых организационно-правовых форм организации социальной сферы, необходимы поправки в Бюджетный, Налоговый и Гражданский кодексы Российской Федерации, а также другие законодательные и нормативные правовые акты. Для наиболее полной реализации намеченных преобразований представляется не- обходимым принять ряд федеральных законов:

1. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании».

2. Федеральный закон «О государственных гарантиях медицинской помощи».

3. Федеральные законы «Об автономном учреждении», «Об автономной государственной (муниципальной) некоммерческой организации» и соответствующие изменения в Бюджетный и Гражданский кодексы Российской Федерации и иные другие.

4. Федеральный закон о страховании профессиональной ответственности медицинских работников.

5. Федеральный закон о частной медицинской деятельности. Кроме того, необходимо для реализации процессов модернизации системы здравоохранения разработать нормативные правовые акты Правительства Российской Федерации и ведомственные нормативные правовые акты. Принятие предлагаемых законопроектов и внесение поправок в действующую законодательную правовую базу позволят обеспечить реализацию приоритетных направлений развития здравоохранения и внедрение механизмов сбалансированного и реального осуществления прав, обязанностей и ответственности граждан и всех участников системы здравоохранения с целью предоставления доступной и эффективной медицинской помощи на необходимом качественном уровне.

Резюмируя вышесказанное, определим основные способы повышения эффективности финансирования:

1. Увеличение финансирования отрасли здравоохранения.

В сценарии инновационного развития в условиях высоких темпов экономического роста ожидается значительное повышение не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на здравоохранение к 2020 году увеличатся до 4,8% ВВП, частные расходы - до 1,1-1,5% ВВП. При этом дифференциация регионов по уровню финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней на душу населения сократится с 4-5 раз до 2 раз [12].

2. Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС.

3. Формирование новых подходов для планирующегося значительного вброса денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей - введение накопительных счетов граждан России [4].

4. Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. При этом, ответственность за финансовое обеспечение финансовых обязательств государства в сфере здравоохранения возлагается на систему ОМС, в которой концентрируется большая часть финансовых ресурсов.

Необходимость принятия нового закона диктуется следующими соображениями:

- государственные гарантии оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должны быть:

а) максимально конкретными

б) ясными для населения;

в) финансово сбалансированными.

Для людей жизненно важно знать, что можно получить на бесплатной основе и за что придется заплатить. Обращаясь в медицинскую организацию, пациент должен иметь ясное представление о мере своих гарантий. И она должна быть единой для всех;

- среди возможных вариантов реформирования государственных гарантий в настоящее время четко обозначился один главный - конкретизировать гарантии оказания бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания. По каждому заболеванию устанавливается набор услуг и лекарственных средств, предоставление которых гарантируется государством на бесплатной основе. Этот набор определяется на основе федеральных медицинских стандартов, которые конкретизируются медико-экономическими территориальными стандартами, разрабатываемыми и утверждаемыми субъектами РФ и выполняющими функцию минимальных социальных стандартов;

5. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

Механизмы осуществления этого важного перспективного направления следующие:

- увеличение ставки ЕСН в части, зачисляемой в систему ОМС с учетом стоимости «страхового года» работающих граждан;

- отказ от регрессивной шкалы налогообложения фонда оплаты труда (ФОТ) налогоплательщика и переход к плоской шкале налогообложения фонда оплаты труда, независимо от размеров оплаты труда;

- установление четких требований к размеру и механизмам уплаты страховых взносов за неработающее население, вносимых из региональных бюджетов;

6. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

-отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;

-переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощи (метод «зарабатывания»), не позволяющего достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;

- в первичной медико-санитарной помощи - сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

7. Повышение управляемости отрасли через систему ОМС.

В настоящее время обсуждается вопрос о возврате к практике заключения трехсторонних соглашений между Минздравсоцразвитием России, ФОМС и главами администраций субъектов РФ, что позволит оптимизировать направление субвенций территориям и возобновит управляемость отрасли через внебюджетную финансовую систему [5].

8. Осуществление действенного государственного регулирования платных медицинских услуг.

Государственное регулирование платных услуг предполагает осуществление следующих давно назревших действий: четкое определение перечня медицинских услуг, превосходящие медицинскую помощь в рамках государственных гарантий, могут быть получены гражданами на платной основе. Во всех странах с развитым общественным здравоохранением население оплачивает часть стоимости медицинской помощи. Доля личных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 10 до 30% при среднем показателе 24%. В России этот показатель приближается к 50% - и это при значительно более низкой зарплате

9. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), то есть являются максимально солидарными и регулируемыми. Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения.

Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых, от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, - тех сумм, которые он потратит на получение платных услуг и приобретение лекарств в аптеке. Большое

значение имеет также физическая доступность услуг, на которые имеет право застрахованный.

10. Совершенствование деятельности СМО в системе ОМС.

Для совершенствования деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования предлагается ряд действенных мер следующего порядка:

Нормативно закрепить приоритет права выбора страховщика по ОМС за застрахованным гражданином.

Придать деятельности по ОМС исключительный характер, т.е. запретить ее совмещение с иными видами страхования, сохранив некоммерческий статус. При этом необходимо так же предупредить аффилированность лиц, занимающихся ОМС и ДМС.

Отменить повышенные требования к уставному капиталу, составу и структуре активов СМО, занимающихся исключительно ОМС, облегчив вхождение на рынок ОМС независимым субъектам страховой деятельности и создав условия для разукрупнения СМО, занимающих доминирующее положение на рынке ОМС.

Создать условия для заинтересованного участия СМО в защите прав застрахованных и эффективном использовании ресурсов ЛПУ путем создания конкурентной среды между СМО за застрахованных.

Обеспечить реальное участие СМО в планировании и организации медицинской помощи населению с целью эффективного использования материальных и кадровых ресурсов медицинских организаций, а следовательно - существенного повышения эффективности системы ОМС.

Реализовать систему разделения финансовых рисков между ТФОМС и СМО.

Обеспечить сбалансированность финансовых обязательств СМО в системе ОМС. Без этого система ОМС будет обречена на дальнейшую профанацию страхового принципа. Без такой сбалансированности невозможно сделать СМО реальным носителем финансовых рисков. Он так и

останется индифферентным транслятором государственных средств от территориального фонда ОМС в медицинское учреждение.

Правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций должны стимулировать и тех, и других к более эффективному использованию ресурсов. Лучший способ для этого - развитие конкурентной модели страхования - то есть создать конкуренцию между СМО и между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна. Но для того, чтобы этого добиться, потребуется много усилий. Прежде всего, от государства. В мировой практике пока доминирует модель «одного покупателя», в роли которого выступает либо государственный, либо частный страховщик. Эта модель проще, но и потенциал роста эффективности в такой модели меньше.

Проблема качества оказания медицинской помощи не должна быть сведена к проверкам СМО и наказаниям ЛПУ - это дорого и непродуктивно. Решающую роль в обеспечении качества должны играть сами врачи - через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества, обеспечение этических норм поведения врачей.

11. Совершенствование деятельности медицинских организаций. В финансировании медицинских организаций из государственных источников планируется реализация принципа «деньги следуют за пациентом». Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование медицинских учреждений по результатам их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

Для усиления стимулов медицинских учреждений к повышению эффективности их работы, необходимо предоставить им больше

хозяйственной самостоятельности. Для этого необходимо законодательно закрепить статус автономного медицинского учреждения.

Изменение системы оплаты труда медицинским работникам - давно назревшая необходимость. На ближайшую перспективу коэффициент увеличения заработной платы медицинским работникам должен составить 2,5-3 по сравнению с существующим на сегодня уровнем. Необходимо реализовать действенное стимулирование эффективной работы медицинского персонала, а значит существенная дифференциация оплаты в зависимости от объема и качества оказанных услуг.

Обеспечение полностью бесплатного лекарственного лечения в условиях стационара. Больные не должны приходить в больницу со своими лекарствами - предоставление всех лекарств, включенных в стандарт лечения, должно стать бесспорной обязанностью больницы. Одновременно планируется существенно расширить число льготников по амбулаторному лечению (по рецептам врачей), охватив соответствующими программами всех детей и пенсионеров.

Чтобы начать серьезные структурные преобразования, нужны крупные стартовые вложения, прежде всего в сектор первичной медицинской помощи. Чрезмерные объемы и недостаточная интенсивность стационарной помощи во многом определяются тем, что первичное звено пока не способно взять на себя основную нагрузку по лечению больных.

12. Гражданин, как основное заинтересованное лицо в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи достойного качества. С точки зрения пациента все эти изменения важны только тогда, когда они реально улучшают его положение в системе ОМС: не нужно платить за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи. С точки зрения общества административные затраты

на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения.

Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание общественных советов в медицинских организациях. Они призваны обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений (в том числе и выбор некоторых показателей), исключить чрезмерную их коммерциализацию, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания.

Столь же важно развитие общественных организаций, способных участвовать в определении приоритетных направлений развития местного здравоохранения, защите прав пациентов, информировании граждан. Эти и многие другие функции могут выполнять различные общества, в том числе, организации, объединяющие больных с определенными заболеваниями (например, общества больных астмой, диабетом; общества больных, ожидающих плановую операцию). За рубежом такие организации уже давно существуют.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе изучения вопроса организации финансирования здравоохранения в России, установлено, что исполнение нормативно-правовых установок в этом направлении оказывает влияние на качество предоставляемых медицинских услуг.

В настоящее время российское здравоохранение развивается под влиянием и в условиях рыночной трансформации экономики страны и медико-социальной политики государства. В нем сохраняются еще некоторые элементы советской системы. Вместе с тем входят в практику заимствованные за рубежом формы медицинской помощи, формируется рынок медицинских услуг.

Система здравоохранения характеризуется наличием комплекса глубоких экономических проблем, которые воспроизводятся на протяжении последних десяти лет:

– финансовая необеспеченность государственных гарантий медицинской помощи населению;

– незавершенность введения системы обязательного медицинского страхования;

– существенное территориальное неравенство в финансовом обеспечении прав граждан Российской Федерации на получение медицинской помощи;

– отсутствие экономических механизмов, побуждающих участников системы здравоохранения к росту эффективности использования общественных ресурсов.

Действующая в нашей стране модель финансирования – социально-страховая, отлично зарекомендовавшая себя в таких странах как Германия, Франция, Япония и т.д., сегодня оказывается недостаточно эффективной.

Здравоохранение, организуя свою деятельность, строится с учетом новых принципов конституционного устройства Российской Федерации, изменений в состоянии общественного здоровья, появления новых высоких технологий в медицине, в обстановке растущего всеобщего признания здравоохранения отраслью, обеспечивающей национальную безопасность государства.

В меняющихся условиях жизни общества, функционирования отрасли здравоохранения возникают совершенно новые принципы, подходы и формы деятельности, взаимодействия специалистов занятых в охране здоровья населения. Повышаются требования к уровню их знания, возникает потребность овладения новыми знаниями о факторах, формирующих здоровье населения, о хозяйственной деятельности в рамках здравоохранения, о современных подходах и стилях руководства коллективом и собственной производственной деятельностью.

В связи с изменением структуры финансирования, а именно уменьшением государственных вложений и увеличением роли Фондов ОМС, необходимо вносить конструктивные решения и реформировать данную отрасль.

Основными аспектами реформы отрасли являются следующие:

1. Эффективные государственные гарантии бесплатной медицинской помощи.

2. Приток дополнительных финансовых ресурсов и другой принцип их распределения.

3. Разработка более совершенной нормативно-правовой базы, что позволит обеспечить единый подход к оказанию медицинской помощи на всей территории РФ, создать условия для унификации системы ценообразования на медицинские услуги, установить стандарты лекарственного обеспечения путем введения единой формулярной системы. определяющей набор лекарственных средств и медикаментов, обязательных для медучреждений соответствующего уровня.

4. Преобразование действующей бюджетно-страховой медицины в преимущественно одно канальную систему финансирования основанную на страховом.

5. 0беспечение централизованное регулирование цен на лекарственные препараты, усиление контроля за качеством препаратов.

6. Создание за счет целевого финансирования общенациональных специализированных медицинских служб, обеспечивающих развитие в медицине передовых технологий и внедрение их в каждое лечебно-профилактическое учреждение.

7. Разработка системы показателей, характеризующих результаты деятельности медицинского учреждения, здравоохранения муниципального образования, региона и страны в целом, установка их нормативных значений и осуществление регулярного мониторинга, призванного дать оценку доступности и качества медицинских услуг.

8. Активная пропаганда здорового образа жизни, политика профилактики и предупреждения заболеваний.

9. Внесение изменений в подготовку кадров системы здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть I от 30.11.1994 № 51-ФЗ (действующая редакция от 14.11.2013) // Гарант: справ. правовая система. – Доступ из локальной сети Науч. б-ки Том. гос. ун-та.
2. Об утверждении Государственной программы «Развитие здравоохранения Московской области на 2013-2022 годы»
3. Автономов В.М.«История экономических учений». Учебное пособие, М,: Филинъ, 2011, – 320 с.
4. Азаров А.В. «Некоторые аспекты экономической эффективности использования коечного фонда ЛПУ». «Экономика здравоохранения». – 2012, – №3. – С. 29.
5. Александров Г.А. «Антикризисное управление: теория, практика, инфраструктура». Учебное пособие для студентов вузов. — М.: «Бек», 2011, – 544 с.
6. Александрова, О. Ю. Проблемы реализации права гражданина на выбор медицинской организации и врача для получения первичной медико-санитарной помощи / О. Ю. Александрова, О. А. Нагибин, М. Б. Горелов // Здравоохранение. – 2013. – № 5. – С. 80– 88.
7. Алмазов, А. А. ЕГИСЗ: новые возможности для главного врача / А. А. Алмазов, В. В. Абрамов, В. В. Сапрыкина // Здравоохранение. – 2013. – № 9. – С. 54–58.

8. Альтман Н.Н. «Финансирование здравоохранения в свете государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью». «Здравоохранение». – 2012. – №2. – С. 34-41.

9. Большакова Т.С. Совершенствование системы финансирования здравоохранения федерального подчинения в связи с проблемой повышения эффективности планирования и использования ресурсов // Экономика здравоохранения. – 2013. – № 1 (51). – С.14-16.

10. Борисов Е.Ф. «Экономическая теория». Учебник. – М.: «Финпресс», 2011, – 98 с.

11. Боткин О.И., Мирошкин Н.П. Планирование и учет финансовых ресурсов бюджета. – Екатеринбург – Ижевск. – 2011. – 234 с.

12. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении // Экономика здравоохранения. – 2012. – № 1 (51). – С.5-11.

13. Габуева Л.А. «Экономика ЛПУ: экономическая эффективность и бизнес-планирование». Учебное пособие для студентов вузов. – М.: Грантъ, 2011, – 147 с.

14. Градов А.П., Кузин Б.И., «Стратегия и тактика антикризисного управления». Учебное пособие для студентов вузов. – М.: «БЕК», 2010, – 510 с.

15. Грязнова А.Г. «Антикризисный менеджмент» Учебник. — М.: «Ассоциация авторов и издателей «ТАНДЕМ». — Издательство «ЭКМОС», 2012, – 145 с.

16. Давидьянц А., Латышева О. Финансовые источники медицинской помощи // Экономика и жизнь. – 2012. – №10. – С 23-28.

17. Дьяченко, В. Г. Управление качеством медицинской помощи: учебник / В. Г. Дьяченко, Л. В. Солохина, С. В. Дьяченко. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2013. – 696 с.

18. Ежова М. Здоровым — не болеть, больным — выздороветь // Экономика и жизнь. – 2012. – №49. – С 45 — 48.

19. Зуб А.Т. «Антикризисное управление». Учебное пособие для студентов вузов. — М,: «Аспект Пресс», 2009, – 246 с.

20. Кадыров Ф.Н. «Экономическая служба лечебно-профилактических учреждений». – М.: «Грантъ», 2011, – 425 с.

21. Кадыров Ф.Н. «Экономический анализ и планирование деятельности медицинских учреждений». Учебник. — М.: «Грантъ», 2011, – 361 с.

22. Калягин, А. Л. Вступление в должность руководителя медицинской организации / А. Л. Калягин, Л. А. Павлюк // Главврач. – 2013. – № 5. – С. 54–57.

23. Кирсанов А.И. «Бюджетная система России». Учебник. — М.: «Дело», 2010, – 286 с.

24. Коротков Э.М. «Антикризисное управление». Учебное пособие. – М.: «ИНФРА-М», 2011, – 432 с.

25. Кудрин А.Л. Федеральный бюджет — важнейший инструмент реализации государственной политики // Финансы. – 2012. – №1. – С. 3 — 5.

26. Кучеренко В.З. «Особенности финансового планирования в учреждениях здравоохранения: практика сегодняшнего дня и поиск внутренних резервов». Здравоохранение. – 2012. – №12. – С. 45-53.

27. Кучеренко В.З. «Бюджетная система России на сегодняшний день» // Здравоохранение. – 2009. –№15. – С. 47-59.

28. Куштанина Е.В., Рудниик Б.Л., Шишкинн С.В., Якобсон Л.И. Изменения организационно-правовых форм медицинских учреждений. Доклад подготовленный для Проекта поддержки законодательных инициатив в области здравоохранения Бостонского университета. М., 2010. — 526 с.

29. Мау В. Человеческий капитал: вызовы для России // Вопросы экономики. 2012. — №7. — С. 114-132.

30. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 2– е изд., испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 608 с.

31. Общественное здоровье и здравоохранение : [пособие для студентов высш. учеб. заведений] / В. С. Глушанко ; под ред. В. П. Дейкало ; Витеб. гос. мед. унт, каф. обществ. здоровья и здравоохранения. — Витебск : Изд-во ВГМУ, 2011. – 491 с.

32. Общественное здоровье и здравоохранение : руководство к практическим занятиям : учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицын, М. С. Токмачев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 400 с.

33. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. для студентов / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

34. О. П. Щелин’, Ю. Дятлов’ «Здравоохранение как социально-экономическая система», 2012. – С.3-5.

35. Павлов Е.Х. «Состояние охраны труда в системе здравоохранения». «Здравоохранение». – 2012. – №4. – С. 151-154.

36. Пирогов, М. В. Международный и отечественный опыт реформирования здравоохранения: (моногр.) / М. В. Пирогов, И. В. Успенская, С. В. Козаченко. – М.: Изд. дом «Панорама», 2012. – 80 с.

37. Пронина Л.И. «Сравнительный анализ обязательного и добровольного медицинского страхования». «Экономика здравоохранения». – 2012. – № 12. – С. 46-47.

38. Стародубов, В. И. Эффективный контракт в здравоохранении: возможности и риски / В. И. Стародубов, Ф. Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – – № 3. – С. 6-15.

39. Уйба В. В «Экономические методы управления в здравоохранении», ООО «Альфа Ресурс», – 2012. – С. 23.

40. Хальфин Р.А. Оптимальное использование основных фондов учреждений здравоохранения федерального подчинения и проблемы привлечения внебюджетных источников финансирования. — Экономика здравоохранения, – 2013. – №1 (51). – С.17-18.

41. Чертухина О.Б. «Новые формы организации медицинской помощи населению». «Здравоохранение». – 2011. – №6. – С. 21-34.

42. Щепин, О. П. Здравоохранение как социально-экономическая система / О. П. Щепин, В. Ю. Дятлов // Проблемы соц. гигиены и история медицины. – 2012. – № 3. – С. 3–5.

43. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 592 с.

44. Здравоохранение как отрасль экономики — http://www.medlinks.ru/sections.php?artid=3088&op=viewarticle

45. Развитие инновационной инфраструктуры здравоохранения — http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3039

46. Ресурсы современной системы здравоохранения. Социологический анализ — http://www.ibl.ru/konf/041208/64.html

47. Существующие стратегии эффективного использования ресурсов здравоохранения — http://www.medlinks.ru/sections.php?artid=3090&op=viewarticle

48. Стратегии развития здравоохранения, реализуемые в мире — http://vestnik.mednet.ru/content/view/278/lang,ru/

49. Официальный сайт Домодедовской центральной городской больницы - http://www.dcgb1.ru/

Приложение 1

Таблица - Изменение федерального финансирования подпрограмм ГП «Развитие здравоохранения» в 2016 г.

Изменение федерального финансирования подпрограмм ГП «Развитие здравоохранения» в 2016 г.				
Подпрограмма ГП «Развитие здравоохранения»	Бюджет, млрд руб.		Соотношение 2016/2015	
	2016	2015	млрд руб.	%
Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, МП	158,03	57,09	100,94	177
Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи	70,61	70,17	0,44	1
Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины	32,31	33,76	-1,45	-4
Экспертиза и контрольно-надзорные функции в сфере охраны здоровья	29,44	21,74	7,7	35
Организация обязательного медицинского страхования граждан РФ	25,44	0	25,44	-
Медико-санитарное обеспечение отдельных категорий граждан	18,02	40,93	-22,91	-56
Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в т.ч. для детей	9,85	8,86	0,99	11
Охрана здоровья матери и ребенка	4,81	3,43	1,38	40
Управление развитием отрасли	3,08	10,55	-7,47	-71
Кадровое обеспечение системы здравоохранения	1,38	1,73	-0,35	-20
Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья	0,88	0,8	0,08	10
Развитие скорой, в т.ч. скорой специализированной, МП, первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и специализированной МП в экстренной форме	0,57	0,49	0,08	16
Итого	354,42	249,55	104,87	42

Приложение 2



Источник: ВОЗ, 2013; расчеты ВШЭ, 2012

Структура расходов на здравоохранение в пересчете на $PPP