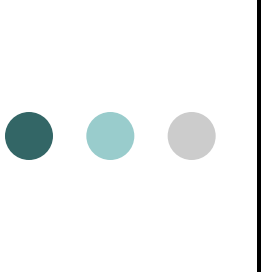
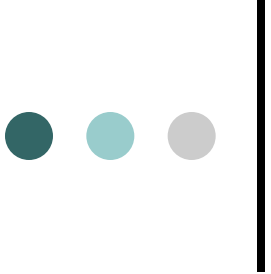




**Финансирование  
здравоохранения на  
современном этапе**



**«Финансирование»** означает  
обеспечение денежными  
средствами потребностей  
расширенного воспроизводства  
медицинской помощи  
гражданам страны.



# Классификация финансовых средств:

Все финансовые средства ЛПУ можно разделить по нескольким принципам:

1. По источникам формирования – внутренние и внешние;
2. По срокам – долгосрочные (в форме основных средств) и краткосрочные (для текущей деятельности);
3. По принадлежности – собственные и заемные.



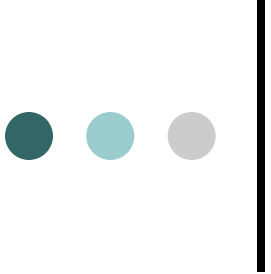
# К внешним источникам относятся:

1. Консолидированный бюджет всех уровней;
2. Средства ОМС;
3. Средства ДМС;
4. Благотворительные взносы;
5. Средства, полученные по договорам с предприятиями;
6. Кредиты и займы других организаций.



# К внутренним источникам относятся:

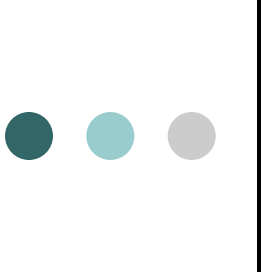
1. Доходы от платных медицинских услуг;
2. Экономия собственных средств;
3. Сдача оборудования и помещений в аренду;
4. Доплата больными за предоставление дополнительных услуг немедицинского характера (комфортных палат и т.п.);
5. Доходы с подсобного хозяйства;
6. Реализация научной продукции.



Здравоохранение финансируется по остаточному принципу, в эту отрасль идет определенная часть от валового национального продукта (ВНП).


Сейчас этот показатель в РФ находится в пределах 3–4%, что крайне недостаточно.

По опыту ряда экономически развитых стран удельный вес ВНП, идущего на оказание медицинской помощи населению, должен быть не менее 10–12%.



**Финансирование здравоохранения в настоящее время осуществляется из нескольких источников, включающих:**

- 1) средства, поступающие из бюджетов всех уровней;
- 2) средства системы обязательного медицинского страхования (ОМС);
- 3) внебюджетные средства, средства от добровольного медицинского страхования — ДМС (индивидуального и группового), благотворительные фонды, личные средства граждан, кредиты банков, прибыль от ценных бумаг, средства спонсоров и другие источники, не запрещенные законом.



# Финансирование из бюджетов всех уровней:

**Бюджет** — это выраженная в денежной форме сумма доходов и расходов на определенный период времени (год, квартал, месяц).

Бюджетным считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

В соответствии с бюджетным кодексом и бюджетной системой РФ существует 3 уровня бюджетов:

- 1) федеральный;
- 2) бюджет субъектов Российской Федерации (краев, областей, округов);
- 3) муниципальный - органов местного самоуправления (городской, районный, поселковый).





# Бюджетная классификация:

— это группировка доходов и расходов всех уровней бюджетной системы РФ, а также источников финансирования.

В соответствии с бюджетным кодексом, как в доходной, так и в расходной части бюджета выделяется несколько видов классификации.

Для бюджетного здравоохранения особое значение имеют **функциональная и экономическая классификация.**



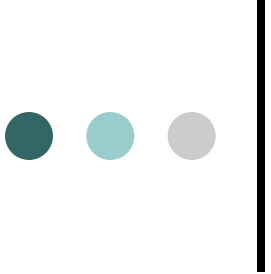
## **Функциональная классификация**

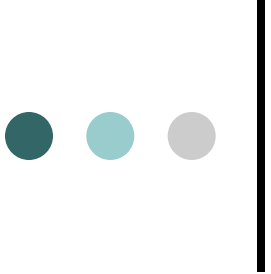
— это группировка расходов бюджетов всех уровней, она отражает направление бюджетных средств на выполнение основных функций государства.



**Она имеет несколько уровней:**

1. **Первый уровень - раздел** — направление бюджетных средств на определенную отрасль хозяйства «Здравоохранение и физическая культура» — это 17-й раздел.
2. **Второй уровень — подраздел.** Характеризует конкретное направление бюджетных средств в пределах раздела. Например, это подразделы здравоохранение, санитарно-эпидемиологическая служба, физическая культура и спорт.

- 
3. Третий уровень — это **целевая статья**. Она указывает на финансирование расходов в пределах подраздела (лечебно-профилактические учреждения, высшее медицинское образование, наука и др.).
  
  4. Четвертый уровень — это **вид расходов**. Он означает вид медицинского учреждения (ранее это называлось параграфом).



## Финансирование здравоохранения на федеральном (государственном) уровне

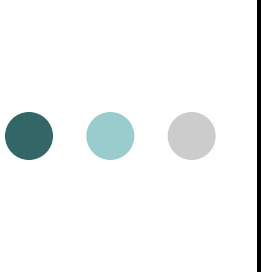
Из федерального бюджета финансируются:

1) Федеральные центры и научно-исследовательские институты.

2) Федеральные целевые программы.

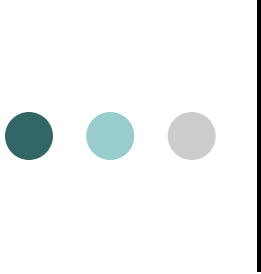
Например, «Вакцинопрофилактика», «Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России», «АнтиВИЧ/СПИД», «Дети России» и т. д.

3) Федеральные реабилитационные центры.



В Федеральных НИИ и центрах оказывается высококвалифицированная специализированная и дорогостоящая медицинская помощь.

Чтобы этой помощью могли воспользоваться жители всех субъектов Российской Федерации, с 2000 г. введен принцип **квотирования** (каждому субъекту РФ определяется в год число лиц, направленных на операции, на лечение, на консультации), что представляется социально справедливым.



## Финансирование из бюджетов субъектов РФ и муниципальных бюджетов

- 1) специализированные диспансеры: противотуберкулезные, психоневрологические, кожно-венерологические, наркологические, трахоматозные и специализированные психиатрические больницы;
- 2) дома ребенка, детские санатории системы здравоохранения;
- 3) центры по профилактике и лечению СПИДа, ВИЧ-инфицированных;
- 4) станции скорой и неотложной медицинской помощи, станции переливания крови;
- 5) бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомическое бюро;



## Финансирование из бюджетов субъектов РФ и муниципальных бюджетов

- 6) центры медицинской профилактики, бюро медицинской статистики, лечебно-физкультурные диспансеры;
- 7) участковые больницы, фельдшерско-акушерские пункты, хосписы, больницы сестринского ухода;
- 8) отделения экстренной медицинской помощи областных больниц (санитарная авиация);
- 9) помощь при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий и катастроф;
- 10) медицинская помощь при врожденных пороках развития, хромосомных нарушениях у детей, нарушениях, возникших в перинатальном периоде.



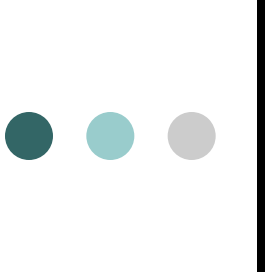


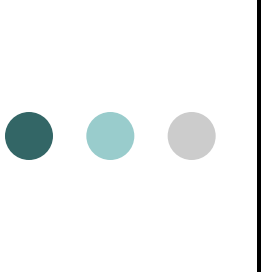
## Также из местного бюджета финансируются расходы:

- 1) профессиональная подготовка и переподготовка кадров;
- 2) приобретение дорогостоящего медицинского оборудования;
- 3) финансирование дорогостоящих видов диагностики и лечение по утвержденному департаментом здравоохранения администрации области перечню;




- 4) научные исследования;
- 5) капитальные ремонты и государственные капитальные вложения (развитие материально-технической базы учреждений здравоохранения);
- 6) бесплатное льготное обеспечение лекарствами граждан по утвержденному перечню (перечень периодически пересматривается);

- 
- 7) оплата проезда больных, направленных в установленном порядке в учреждения здравоохранения Федерального уровня и научно-исследовательские институты;
- 8) зубное, ушное, глазное протезирование граждан, имеющих льготы в установленном порядке;
- 9) дорогостоящие виды медицинской помощи, сверх квот.



## Перечень всех учреждений и мероприятий, финансируемых из бюджета, указан в:

1. «Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» (утверждена Постановлением Правительства РФ от 26.10.2000 г.)
2. «Методических рекомендациях по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» от 28.12.2000г.




# Финансирование государственной системы обязательного медицинского страхования

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет целевых обязательных платежей страхователей:


1. Из бюджетов субъектов Российской Федерации отчисляются средства на ОМС за неработающее население (детей, учащихся, студентов, пенсионеров, безработных и т.д.)

2. Плательщиками страховых взносов ОМС за работающих граждан являются работодатели. Тарифы страховых взносов устанавливаются на федеральном уровне и включены в единый социальный налог. Отчисления на ОМС составляют 3,1% заработной платы, 2,0% в территориальный фонд и 1,1% в Федеральный фонд ОМС.




**В настоящее время существуют следующие основные способы финансирования (оплаты за оказанные услуги) стационарного звена:**

- по числу фактически проведенных больным койко-дней и стоимости одного койко-дня;
- по средней стоимости лечения больного в стационаре;
- по средней стоимости лечения больного в конкретном отделении;
- по профилю коек;
- по клинико-статистическим группам (КСГ);
- по нозологиям согласно МКБ, исходя из стоимости одного койко-дня;
- по медико-экономическим стандартам и т.д.



**Финансирование (оплата за оказанные услуги) амбулаторного звена подразделяется на следующие группы:**

- оплата по среднедушевому нормативу;
- оплата по законченным случаям;
- оплата по отдельным услугам и манипуляциям;
- по клинико-статистическим группам (КСГ);
- по нозологиям согласно МКБ;
- по медико-экономическим стандартам и т.д.

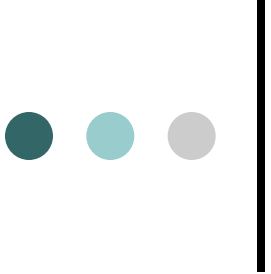


На сегодняшний день можно назвать **четыре варианта организации ОМС** в различных субъектах Федерации.

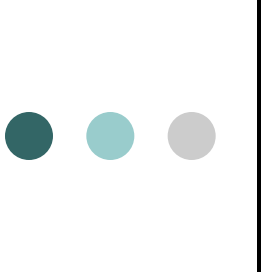
1. Средства от страхователей поступают на счет ТФОМС. Фонд аккумулирует собранные средства и по заключении договоров со СМО переводит этим организациям причитающиеся им доли на финансирование ОМС. СМО непосредственно работают с медицинскими учреждениями и населением.

Встречается в 19 субъектах Российской Федерации, охватывающих более 30% населения: города Москвы, Санкт–Петербурга, Вологодскую, Московскую, Калининградскую, Новосибирскую, Кемеровскую области, Ставропольский край и некоторые другие.

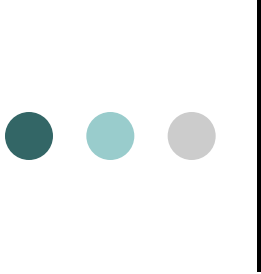





2. Второй вариант представляет комбинированную систему ОМС. Страхованием граждан (выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений) занимаются не только СМО, но и филиалы ТФОМС. Это наиболее распространенная схема организации ОМС, которая охватывает 36 субъектов РФ, на 44,8% населения.



3. Третий вариант характерен полным отсутствием в системе ОМС страховых медицинских организации. Их функции взяли на себя ТФОМС и их филиалы. Такая организация ОМС сложилась в 17 субъектах РФ и охватывает 15% населения. Выполнение ТФОМС всех функций в рамках ОМС предлагается многими специалистами в качестве основного принципа возможного реформирования ОМС.



4. Четвертый вариант характеризуется отсутствием в регионах ОМС как такового в принципе. В этих субъектах РФ ОМС выполняется только в части сбора страховых взносов за работающее население. Распоряжаются же собранными средствами местные органы управления здравоохранения, напрямую финансируя медицинские учреждения. Такое положение характерно для 17 регионов, которыми охватывает 9,2% населения страны.

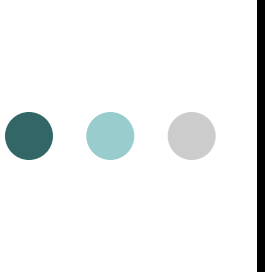


# Финансирование системы добровольного медицинского страхования (ДМС)

Финансовые средства системы ДМС формируются за счет платежей страхователей, которыми при коллективном страховании выступают предприятия, а при индивидуальном — граждане.

Размеры взносов устанавливаются по соглашению сторон (страхователя и страховщика).

ДМС финансируется из собственных средств предприятий и относится на себестоимость производимых товаров (или услуг). Такое положение дел очень выгодно предприятиям и организациям, так как последние обеспечивают предоставление медицинской помощи своим работникам сверх программы ОМС.

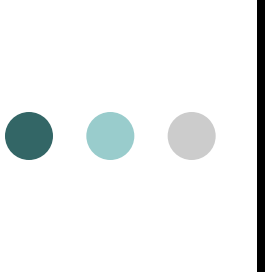


# Финансирование за счет личных средств граждан

На основе личных средств граждан может быть реализована:

1. система организованных плат (по программам добровольного медицинского страхования),
2. система неорганизованных плат (по счетам или через кассу медицинского учреждения).

Медицинские услуги, оплачиваемые из личных средств у граждан, относятся к разряду платных медицинских услуг. При этом под личными средствами граждан понимаются средства граждан, добровольно отчисляемые ими из своих личных доходов на оплату медицинской помощи и услуг.



# Финансирование за счет личных средств граждан

Из личных средств граждан оплачиваются только те медицинские услуги, которые не включены в перечень гарантированных государством видов медицинской помощи и услуг, оплачиваемых из средств бюджета или из внебюджетных источников, или услуги, оказываемые по желанию граждан.

Перечень платных медицинских услуг определяется специальным документом на каждой территории – **прейскурантом цен**, который утверждается главой местной администрации.




# Резюме

Финансирование учреждений здравоохранения на современном этапе является **многоканальным**.

Каждое медицинское учреждение имеет свой текущий счет в банке, куда поступают все денежные средства: из бюджета, от ТФОМС, страховой медицинской компании и др.

Задача руководителя учреждения (как распорядителя средств) — правильно рассчитать необходимые финансовые средства на медицинское обслуживание населения и целесообразно их использовать.


Главные врачи ЛПУ обязаны правильно составить смету учреждения и использовать все имеющиеся финансовые возможности, чтобы оказывать качественную медицинскую помощь в соответствующих объемах.



**Переход здравоохранения к рыночным отношениям предполагает следующие изменения в отрасли:**

1. Изменение статуса медицинских учреждений, т.е. превращение их в самостоятельные юридические лица с широкими полномочиями.
2. Изменение формы собственности многих ЛПУ, формирование крупного сектора коммерческого здравоохранения.
3. Изменение характера отношений между субъектами здравоохранения. Из преимущественно социальных и административных они все более превращаются в гражданско-правовые, основанные на экономических интересах.






## Переход здравоохранения к рыночным отношениям предполагает следующие изменения в отрасли:

4. Основной задачей управления становится определение затрат на здравоохранение исходя из уровня заболеваемости и возрастно-полового состава населения.

5. Изменение принципа финансовых расчетов - не финансирование расходов, а покупка плательщиком услуг медицинских учреждений.

6. Изменение потоков финансовых средств, направляемых в здравоохранение из собранных воедино налогов от различных плательщиков (в бюджет). Таким образом, сфера финансирования здравоохранения расширяется непосредственно плательщиками налогов, как через отчисления на ОМС, так и путем добровольного страхования и прямой оплаты медицинской помощи.



## Переход здравоохранения к рыночным отношениям предполагает следующие изменения в отрасли:


7. Децентрализация финансирования - возрастание роли местных бюджетов и снижение роли федерального бюджета.

8. Увеличение числа источников финансирования - вместо одного источника (госбюджет) их становится множество (страховые средства, благотворительные взносы и т.д.).

9. Возрастание количества плательщиков - органов, занимающихся финансированием здравоохранения (в дополнение к государственным финансовым органам появляются страховые организации, фонды обязательного медицинского страхования, благотворительные фонды и др.).


10. Изменение роли государства в финансовой системе здравоохранения. Оно начинает выступать уже не как гарант всеобщего бесплатного медицинского обслуживания, а как один из покупателей медицинской помощи для населения.

11. Рост объемов платных услуг, оказываемых государственными ЛПУ.



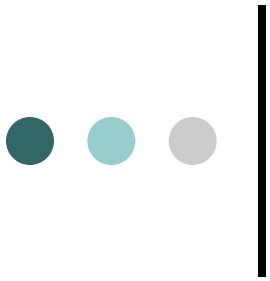
## Основные направления повышения эффективного использования финансовых средств:

1. совершенствование стратегического и текущего планирования развития системы здравоохранения;
2. рациональное использование выделяемых на здравоохранение финансовых ресурсов;
3. усиление контроля за рациональным и целевым использованием финансовых средств;
4. увеличение объема внебюджетного финансирования;
5. привлечение средств организаций и предприятий для реализации целевых межведомственных наиболее социально значимых программ (туберкулез, сердечно-сосудистые, кожно-венерические заболевания и др.);



## Основные направления повышения эффективного использования финансовых средств:

6. расширение хозрасчетной деятельности ЛПУ (отделения повышенной комфортности, сервисные услуги и др.);
7. регулярный экономический анализ рационального использования ресурсов здравоохранения;
8. переход к дифференцированной заработной плате в зависимости от объема и качества медицинской помощи;
9. дифференциация оплаты стационарного лечения в зависимости от интенсивности и категории сложности лечения;
10. создание эффективных экономических стимулов развития стационар-замещающих технологий.



**Благодарю за внимание!**