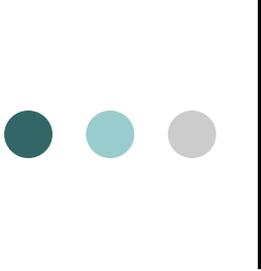




**Финансирование
здравоохранения на
современном этапе**



«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.



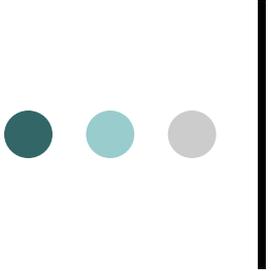
К внешним источникам относятся:

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:

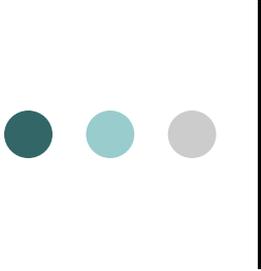
1. Доходы от платных медицинских услуг;
2. Экономия собственных средств;
3. Сдача оборудования и помещений в аренду;
4. Доплата больными за предоставление дополнительных услуг немедицинского характера (комфортных палат и т.п.);
5. Доходы с подсобного хозяйства;
6. Реализация научной продукции.



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.

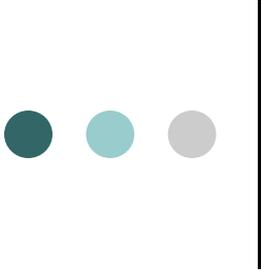
В соответствии с бюджетным кодексом, как в доходной, так и в расходной части бюджета выделяется несколько видов классификации.

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



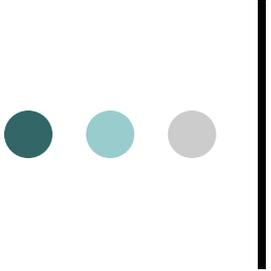
Функциональная классификация

— 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.

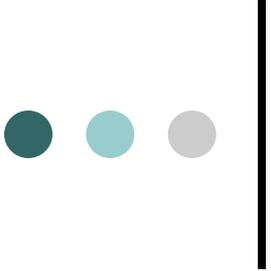


Также из местного бюджета финансируются расходы:

- 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:

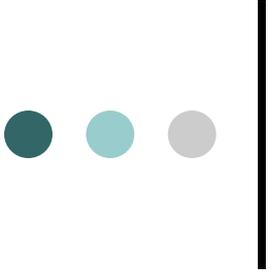
- оплата по среднедушевому нормативу;
- оплата по законченным случаям;
- оплата по отдельным услугам и манипуляциям;
- по клинико-статистическим группам (КСГ);
- по нозологиям согласно МКБ;
- по медико-экономическим стандартам и т.д.



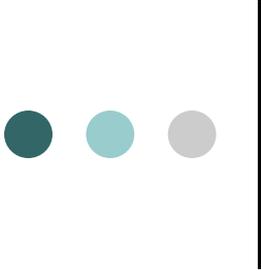
На сегодняшний день можно назвать **четыре варианта организации ОМС** в различных субъектах Федерации.

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.

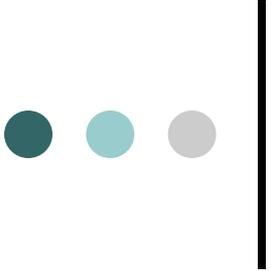
Встречается в 19 субъектах Российской Федерации, охватывающих более 30% населения: города Москвы, Санкт–Петербурга, Вологодскую, Московскую, Калининградскую, Новосибирскую, Кемеровскую области, Ставропольский край и некоторые другие.



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.

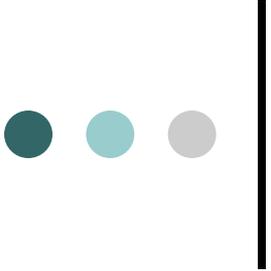


Финансирование системы добровольного медицинского страхования (ДМС)

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.

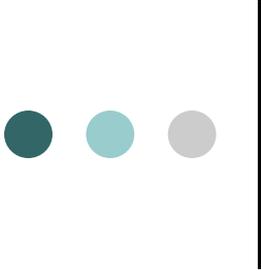


Финансирование за счет личных средств граждан

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).

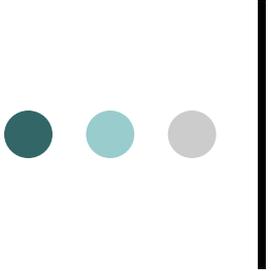
Медицинские услуги, оплачиваемые из личных средств у граждан, относятся к разряду платных медицинских услуг. При этом под личными средствами граждан понимаются средства граждан, добровольно отчисляемые ими из своих личных доходов на оплату медицинской помощи и услуг.



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.



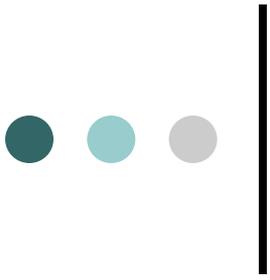
Основные направления повышения эффективного использования финансовых средств:

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!