

УДК [61:336](470)
ББК 65.495 51.1(2)
Б-95

Быковская Полина Юрьевна, аспирант кафедры финансов и кредита экономического факультета Института Управления, Бизнеса и Права, e-mail: polina-bykovskaya@yandex.ru.

**РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**
(рецензирована)

Статья посвящена проблеме перехода сферы здравоохранения РФ на рыночные отношения. В статье автор проводит сравнительный анализ существующей и ранее действовавших систем финансирования здравоохранения, указывая их достоинства и недостатки. На основе анализа обоснована необходимость перехода к новой системе, так как, после внедрения более отчетливых критериев оценки, становится возможным повышение эффективности расходования средств.

Ключевые слова: система обязательного медицинского страхования, тариф, расходы, эффективность, одноканальное финансирование.

Bykovskaya Pauline Yurjevna, post graduate student of the Department of Finance and Credit of Economics Faculty of the Institute of Management, Business and Law, e-mail: polina-bykovskaya@yandex.ru.

RESTRUCTURING OF FUNDING SYSTEM OF THE HEALTH CARE OF THE RF
(reviewed)

The article deals with the transition of health care in the Russian Federation to market relations. The article provides a comparative analysis of the existing and previously existed health financing systems, pointing out their strong and weak points. The necessity of the transition to the new system has been grounded, since, following the introduction of a more distinct evaluation criteria, it has been possible to increase the efficiency of spending.

Keywords: system of mandatory health insurance, tariff, costs, efficiency, single-channel financing.

Здравоохранение – это комплексная система научных, медицинских, правовых, социальных и иных мер, направленных на поддержание здоровья людей и профилактику заболеваний. Важный социальный фактор – доступное, качественное, своевременное и эффективное здравоохранение – неотъемлемая часть полноценной жизни любой семьи, необходимый инструмент роста социального благополучия нынешнего общества. В настоящее время состояние российского здравоохранения не отвечает ожиданиям граждан и объективным условиям реальности и остро нуждается в системной и последовательной реструктуризации (модернизации).

Существует прямая зависимость между темпами развития здравоохранения и уровнем жизни и состояния здоровья людей. Оба параметра в основном зависят от степени обеспечения финансовыми ресурсами социальной сферы, в частности – системы здравоохранения.

Однако осуществление реформ по этому направлению вызывает массу опасений, поскольку могут возникнуть негативные последствия реализации нововведений, ведь, главным образом, они будут опираться скорее на здравый смысл и, в меньшей степени, на достоверные данные. Меняя какой-либо из параметров существующей финансовой схемы (систему вознаграждений, финансирования медицинской помощи, схему оплаты труда медицинских работников и др.), в результате можно повлиять на материальную доступность помощи и, соответственно, на состояние здоровья отдельных групп населения.

Выбранный способ финансирования влияет на рост либо снижение расходов в сфере здравоохранения, тип обслуживания, категорию персонала, обслуживающего пациента, а также его численность.

Система здравоохранения Российской Федерации с 1993 г. функционирует как «бюджетно-страховая» модель [1]. Ее основными финансовыми параметрами являются:

– многоканальность источников финансирования: финансирование учреждений из бюджетных средств, за счет страховых отчислений в фонды обязательного медицинского страхования (через налогообложение работодателей), платеж на неработающее население от

органов исполнительной власти, средства целевых программ;

– определение стоимости единицы медицинской услуги через расчет так называемого «тарифа», имеющего в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) ограниченный перечень статей расходов на оказание «единицы медицинской помощи» одному пациенту;

– планирование объемов медицинской помощи исходя из установленных объемных и финансовых нормативов.

Описанная модель считается более прогрессивной по отношению к ранее используемой бюджетной системе финансирования медицинской помощи.

Однако наличие нескольких источников финансирования предполагает несколько органов управления финансированием лечебных учреждений, что в свою очередь влечет ряд проблем, главная из которых – недостаточность ресурсов на цели здравоохранения.

Объемы медицинской помощи, определенные Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, (Программа госгарантий принимается ежегодно и регламентирует виды медицинской помощи, которые граждане РФ получают бесплатно и ее объемы. Программа де-факто говорит о том, на какой политический курс ориентирована власть страны в сфере здравоохранения [2].) фактически не исполняются в определенном Программой объеме, поскольку они (госгарантии) зависят от наличия финансовых ресурсов на ее реализацию. А дефицит средств на оказание бесплатной медпомощи, например, в 2011 году составил 238 миллиардов рублей.

Программой госгарантий устанавливаются целевые значения параметров качества медицинской помощи и ее доступности:

– удовлетворенность населения оказываемой медицинской помощью;

– число лиц, страдающих социально значимыми болезнями, с установленным впервые в жизни диагнозом;

– число лиц в возрасте от 18 лет и старше, признанных инвалидами;

– уровень смертности;

– смертность населения в трудоспособном возрасте;

– смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний;

– смертность населения от онкологических заболеваний;

– смертность населения в результате дорожно-транспортных происшествий;

– смертность населения от туберкулеза;

– материнская и младенческая смертность;

– охват населения профилактическими (на предмет выявления туберкулеза) осмотрами;

– охват населения профилактическими (на предмет выявления онкологических заболеваний) осмотрами.

Эти показатели напрямую дают оценку эффективности системе здравоохранения. Программа госгарантий подорожает в 2013 году на 200 млрд. рублей по отношению к значению 2012 года. Она рассчитана исходя из прогнозируемой численности населения РФ в 143 млн. человек. С учетом этих данных подушевой норматив вырастет: с 7633,4 рубля в 2012 году до 9032,5 рубля – в 2013-м, 10294,4 рубля – в 2014-м и в итоге до 12096,7 рубля – в 2015 году. При этом субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году составят на подушевые нормативы в 2013 году – 5942,5 рубля, в 2014 году – 6962,5 рубля, в 2015 году – 8481,5 рубля.

Но, не смотря на направление дополнительных средств на цели Программы госгарантий в 2013 году, до тех пор, пока учреждения здравоохранения будут финансироваться из разных «кошельков» будет существовать ряд принципиальных проблем, снижающих эффективность сферы здравоохранения, оцениваемую по вышеуказанным критериям. К таким проблемам можно отнести:

– разобщенность финансовых потоков – средства ОМС и бюджета, что вызывает определенные трудности при расходовании средств конкретным учреждением (например, невозможность расходования средств бюджета на статьи ОМС);

– дублирование отчетности, следовательно, контроль за расходованием средств трудно осуществим, поэтому он останется малоэффективным.

В сложившихся условиях необходимо искать новое решение комплексной задачи повышения эффективности вложенных в здравоохранение средств, что в свою очередь приведет к прозрачности системы и, что наиболее важно, к доступной, понятной и более результативной

процедуре оказания медицинской помощи гражданам России.

Этим новым этапом реформы здравоохранения станет изменение структуры финансирования учреждений здравоохранения. Вступая в новый, 2013 год, российская медицина вступила также и в новую, одноканальную систему финансирования. Это можно считать одним из важнейших этапов реформирования отечественной медицины.

Ранее лечебные учреждения получали средства из различных источников: средства бюджета, фонда обязательного медицинского страхования, целевых программ и прочих. Теперь источник останется один – средства ФОМС, которые формируются из отчислений на работающее население (бюджет фонда ОМС формируется из отчислений работодателей), которые перераспределяются в фонды обязательного медицинского страхования на целевые потребности граждан РФ.

Здравоохранение осуществляет переход на экономически оправданные способы оплаты медицинской помощи, основанные на финансировании конечных результатов работы медицинских учреждений, проведенной с пациентом (то есть по законченному случаю лечения пациента, основой которого является подушевое финансирование предоставляемой амбулаторной медицинской помощи и оплата единицы объема оказанной медицинской помощи по средней стоимости стационарного лечения пациента с учетом профиля отделения, по клинко-статистической группе болезней). Подушевое финансирование – «тарифы» ОМС – будет включать в себя все затраты, связанные с лечением больного. При этом деньги фонда обязательного медицинского страхования будут поступать в лечебно-профилактическое учреждение вместе с пациентом и исключительно по окончании его лечения.

Деньги будут перечисляться в учреждения за фактически оказанные пациентам услуги – таким образом, медицинские организации будут «зарабатывать» себе средства на осуществление деятельности. Реализуемое с 2013 года нововведение призвано побудить медработников выполнять свои функции более тщательно, если они заинтересованы в получении дохода, ведь внедряемая система переводит сферу здравоохранения на рыночные рельсы. В связи с началом перехода на одноканальное финансирование (с 2013 года) были внесены изменения в законодательство, позволяющие теперь выбирать страховую компанию, медицинское учреждение и врача. В 2013 году медицинские учреждения России продолжат вести свою деятельность уже в условиях конкурентной среды и будут заинтересованы в привлечении пациентов, как в основном источнике повышения материального благосостояния.

Одноканальное финансирование призвано стать индикатором конкурентоспособности лечебных учреждений. Кроме этого, ожидается повышение эффективности расходования средств, выделяемых на сферу здравоохранения в целом.

Тем не менее, чтобы получить ожидаемый эффект от перехода на одноканальное финансирование во всех регионах, участникам системы обязательного медицинского страхования предстоит преодолеть ряд сложностей.

Главная из трудностей – неравные стартовые возможности медицинских учреждений, различных по уровню материального и технического оснащения. Состояние медицинских учреждений в настоящее время остается крайне неоднородным. Различная степень оснащенности учреждений ставит их в неравные условия в борьбе за пациента – источник их дохода, и делает невозможным введение в тариф аналогичных расходов на содержание (возможна разница в разы по однотипным расходам в учреждениях).

Еще один из рисков одноканального финансирования – повышение автономности руководителей учреждений здравоохранения в принятии управленческих решений. От целесообразности трат главного врача напрямую будет зависеть благосостояние учреждения, качество оказываемой помощи, количество пациентов и, в конечном счете, совокупный доход учреждения и его персонала.

Перестраиваясь на работу в условиях новой системы финансового обеспечения деятельности, лечебным учреждениям следует самым тщательным образом планировать расходы на текущую деятельность. Если средства будут распределены неверно, и учреждение будет покрывать долги по одним статьям ОМС «залезая в долги» по другим статьям ОМС, то, так как конечным звеном всей цепочки является пациент, в итоге, он может пострадать, недополучив в полном объеме медицинскую помощь.

Существует и обратная ситуация, при которой в лечебном учреждении может образоваться так называемая «экономия». В этом случае, ни при каких обстоятельствах не должно происходить снижения тарифов по текущим расходам больниц. Экономия в полном объеме должна оставаться

в распоряжении больниц на их нужды.

Стоит подчеркнуть неоспоримое преимущество одноканального финансирования – средства, которые раньше шли из разных источников, теперь будут выделяться учреждениям единым потоком внутри одной системы (ОМС). Отсюда последует большая свобода учреждений в части распределения средств и более простой документооборот. Это должно обеспечить более эффективное использование ограниченных ресурсов отрасли. С новой структурой финансирования учреждений появляется, к тому же, возможность учета расходов медицинской организации по определенным типам болезней.

В ходе реализации перехода на одноканальное финансирование единицей учета становится тариф – совокупность бюджетных расходов на одного пролеченного пациента по определенному профилю отделения. Учет расходов медицинских учреждений по определенным классам болезней повышает эффективность функционирования системы здравоохранения, так как появляются относительно точные критерии оценки обоснованности медицинских расходов. Экономически, вводимая система представляется более эффективной, нежели бюджетная, при которой средства направлялись в учреждения в необходимых размерах и независимо от количества пролеченных больных. Еще одно существенное отличие новой системы – она имеет фиксированный источник дохода, в то время, как финансирование нужд здравоохранения из средств бюджета находилось в тесной зависимости от политических приоритетов государства.

Новая схема – одноканальное финансирование – не решает всех проблем, тем более сразу. Переход на начальном этапе не принесет медицинским организациям больше денег, ведь, фактически, это те же деньги, но поступающие через один канал – систему ОМС. Нововведение призвано побудить больницы привлекать пациентов более качественным обслуживанием застрахованных граждан, оптимизировать свою финансово-экономическую деятельность, набирать более квалифицированный медицинский персонал и т.д. Модернизация системы финансирования расходов проводится с целью планомерной активизации медицинских учреждений как экономических субъектов, рентабельность которых должна быть постепенно увеличена. Лишь изменяя существующий порядок функционирования системы и корректируя нужные параметры, возможно говорить о достижении большей экономической отдачи. Однако, чтобы появились положительные результаты от внедрения одноканальной системы финансирования, учреждениям здравоохранения потребуется время.

Литература:

1. Архипов А.П. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования // Финансы. 2009. №9. С. 41.

2. Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан: утв. директором ФОМС 03.10.2003 №3856/30-3/и (в ред. Приказа ФОМС от 24.11.2004 №74). Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

References:

1. Arkhipov A.P. On the improving the system of mandatory medical insurance // Finance. 2009. №9. 41p.

2. Standard rules of mandatory health insurance: appr. By director of FOMS of 03.10.2003 №3856/30-3/ (ed. Decree of FOMS of 24.11.2004 N 74).