

ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ОСНОВЕ ОДНОКАНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ

В статье рассматривается вопрос о внедрении в Российской Федерации системы одноканального финансирования учреждений здравоохранения, характеризуются изменения в практике финансового обеспечения сферы здравоохранения, приводятся примеры положительных и отрицательных моментов, имевших место в регионах при переходе на одноканальную модель.

Ключевые слова: одноканальная модель, учреждения здравоохранения, пилотный проект, структура тарифа.

С 2007 года в бюджетной политике РФ установлены целевые направления развития сферы здравоохранения: отработка эффективных механизмов финансирования медицинской помощи с ориентацией на конечный результат и поэтапный переход учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования далее – ОМС) [3, разд. II].

Одноканальная модель финансирования здравоохранения в РФ заключается в том, что денежные средства, предназначенные для финансирования медицинских учреждений, из всех законодательно предусмотренных источников аккумулируются в системе ОМС и поступают медицинским учреждениям по одному каналу – из фонда ОМС. Данная модель пришла на смену многоканальной системе финансирования здравоохранения.

Существует мнение, что многоканальное финансирование, при котором источниками ресурсного обеспечения являются ОМС, средства бюджетов разных уровней, а также целевые средства, выделяемые на реализацию различных программ, вносит фрагментарность в развитие здравоохранения, не позволяя должным образом усилить роль первичного звена, которое должно быть заинтересовано не только в раннем выявлении патологии, но и в проведении профилактических мероприятий [1, с. 55].

Переход к одноканальному финансированию заключается в смене направления каналов следования финансовых ресурсов в сферу здравоохранения. Если до введения новой модели денежные средства на оплату медицинской помощи (за исключением платных услуг) поступали в медицинские организации сразу по трём каналам: из региональных бюджетов, из местных бюджетов и из бюджетов территориальных фондов ОМС (далее – ТФОМС) – через страховые медицинские организации (далее – СМО), то в условиях одноканальной модели средства бюджетов движутся к учреждениям здравоохранения через ТФОМС

* Валиулина Гульнура Раильевна – студентка, кафедра финансов, Байкальский государственный университет экономики и права, г. Иркутск, valiulina.gulnura@gmail.com.

и СМО. То есть ТФОМС являются центральным звеном, в котором аккумулируются все средства, предназначенные для финансирования деятельности учреждений здравоохранения.

Внедрение преимущественно одноканального финансирования здравоохранения через систему ОМС началось в рамках реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (в 2007–2008 гг.) в 12 субъектах Российской Федерации: Республиках Татарстан и Чувашия, Краснодарском, Пермском и Хабаровском краях, а также Белгородской, Владимирской, Вологодской, Калининградской, Калужской, Ленинградской и Томской областях [3, разд. II].

В ходе реализации проекта перед регионами была поставлена задача достижения уровня средств ОМС, направляемых на оплату медицинской помощи, не менее 60 % от общего объёма финансирования здравоохранения. К 2009 г. этот показатель в регионах-участниках составил 58 %, и в последующие два года количество субъектов РФ, начавших работать по модели одноканального финансирования, увеличилось в 2 раза: с 12 до 28 субъектов РФ. С 2011 г. в РФ реализуются региональные программы модернизации здравоохранения, в рамках которых в 2011–2012 гг. в регионах осуществлялись мероприятия по поэтапному переходу к 2013 г. на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС. Такими мероприятиями стали:

- реструктуризация сети учреждений здравоохранения с учетом уровней оказания бесплатной медицинской помощи, направленная на повышение структурной эффективности здравоохранения;

- приведение ресурсного обеспечения (материально-технической базы, кадрового потенциала) учреждений здравоохранения в соответствие с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи;

- реализация мероприятий по поэтапному расширению тарифа по ОМС (включение в него статей затрат, не предусмотренных базовой программой ОМС);

- организационные подготовительные мероприятия по внедрению эффективных способов оплаты медицинской помощи, в том числе систем оплаты труда медицинских работников, ориентированных на результаты их деятельности, направленные на ресурсосбережение и достижение максимальных результатов лечебно-диагностического процесса [3, разд. II].

Таким образом, как можно видеть из перечня реализованных мероприятий, с переходом на преимущественно одноканальное финансирование произошло значительное расширение структуры тарифа на оплату медицинской помощи в рамках ОМС. До этого за счёт средств ОМС финансировались следующие основные виды расходов: заработная плата медперсонала и отчисления на социальные нужды, закупка медикаментов и мягкого инвентаря, а также питание больных в стационарных учреждениях.

Расширение тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС осуществлялось поэтапно. Например, в 2012 г. это произошло уже в 66 субъектах РФ. На реализацию указанных мероприятий было направлено 54 512,4 млн р. (9,4 % от всех расходов на территориальную программу ОМС

регионов, осуществляющих переход на одноканальное финансирование, и 76,3 % от всех расходов сверх базовой программы ОМС) [3, разд. II].

В настоящее время в тариф на оплату медицинской помощи включаются затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинских учреждений в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи, а также затраты на приобретение оборудования стоимостью менее ста тысяч рублей за единицу [3, разд. I].

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС, действующая в настоящее время, представлена на рисунке 1. Расходы, входящие в структуру тарифа, осуществляются в пределах средств, полученных медицинской организацией от СМО по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, не превышая установленные объёмы предоставления медицинской помощи.



Рис. 1. Структура тарифа на медицинскую помощь

В целом за период с 2009 по 2012 г. количество субъектов РФ, начавших переход к преимущественно одноканальному финансированию, увеличилось в 3 раза – с 23 до 68, а за период с начала реализации пилотного проекта – более чем в 5 раз. При этом доля средств ОМС в общей структуре финансирования здравоохранения возросла с 53 до 56 % (рис. 2).

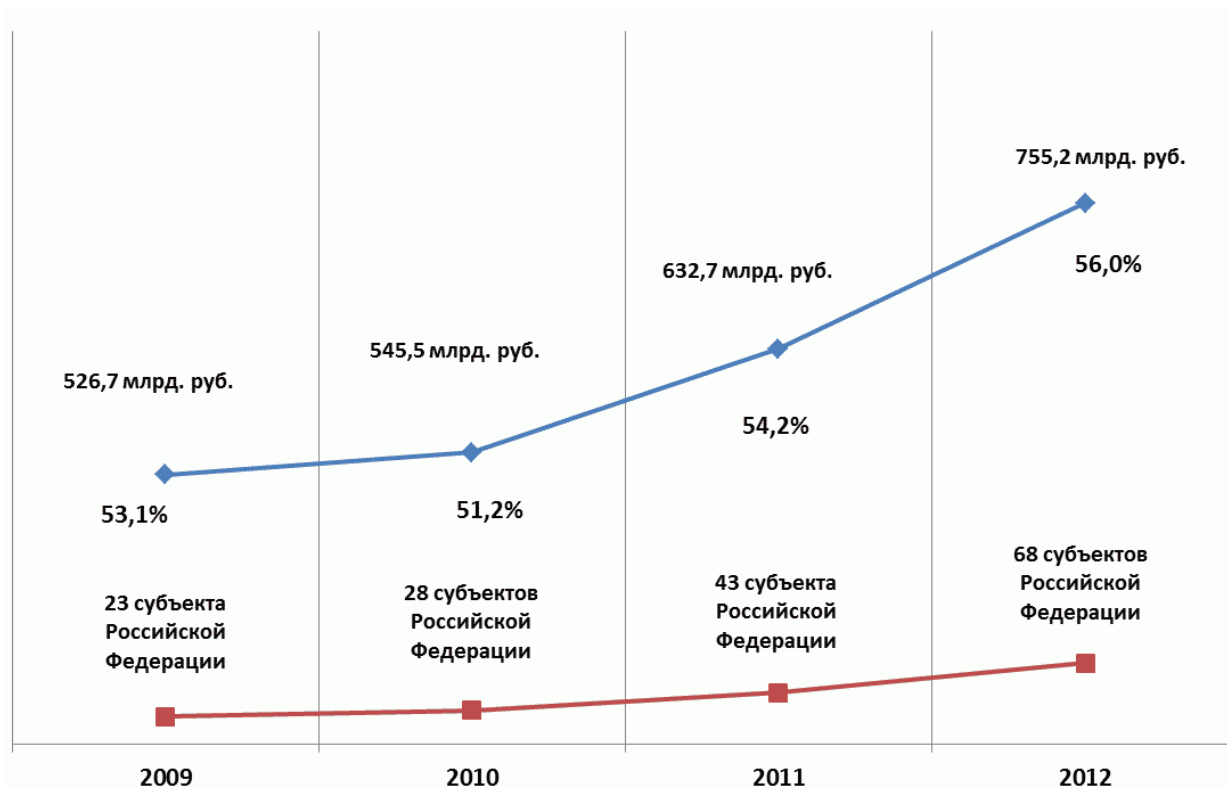


Рис. 2. Динамика финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств ОМС (в % к стоимости территориальной программы государственных гарантий в целом по РФ) и количество субъектов РФ, внедрявших одноканальное финансирование [3, разд. II]

Наряду с расширением структуры тарифа, произошло увеличение видов медицинской помощи, финансируемых за счёт средств ОМС.

В 37 субъектах РФ в 2012 г. в территориальные программы ОМС были включены виды помощи, не входящие в базовую программу ОМС (скорая медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, помощь при некоторых социально-значимых заболеваниях), и ранее финансируемые за счёт средств бюджетов разных уровней [3, разд. II].

В Иркутской области финансирование скорой медицинской помощи за счёт средств ОМС вступило в действие с 1 января 2013 г., а высокотехнологичной медицинской помощи – с 1 января 2014 г. Финансирование психоневрологических, противотуберкулёзных диспансеров, хосписов, учреждений наркологического профиля, станций переливания крови и некоторых других видов учреждений здравоохранения осуществляется за счёт средств бюджетов и не предусмотрено программами ОМС.

На следующем рисунке представлена схема финансирования учреждений здравоохранения в условиях преимущественно одноканального финансирования.

На рисунке мы можем видеть, что не все расходы на здравоохранение осуществляются через систему ОМС. Отдельные виды учреждений, такие как противотуберкулёзные диспансеры, центры борьбы со СПИДом, психоневроло-

гические диспансеры и некоторые другие учреждения во многих регионах финансируются за счёт средств бюджетов субъектов РФ и федерального бюджета (в зависимости от того, органами власти какого уровня созданы данные учреждения). Помимо этого, за счёт средств бюджетов финансируются те виды расходов учреждений здравоохранения, функционирующих в системе ОМС, которые не подлежат оплате за счёт средств ОМС (например, расходы на закупку оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу).

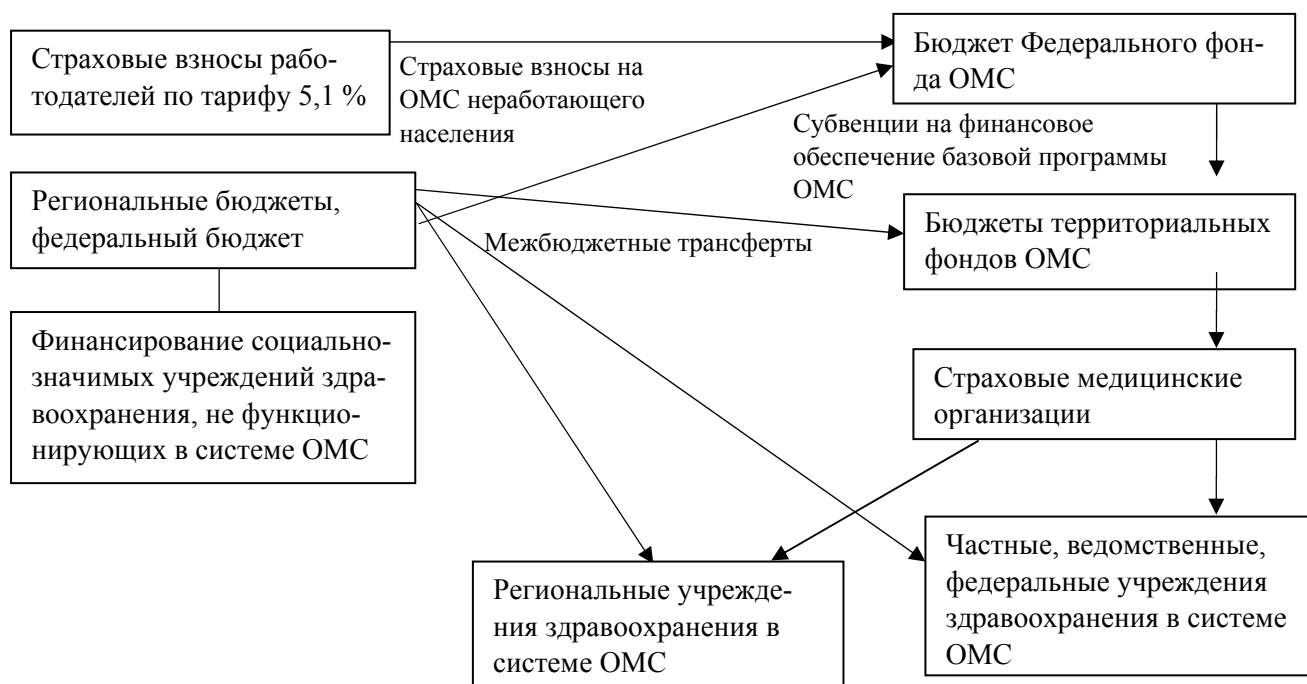


Рис. 3. Схема финансирования учреждений здравоохранения в РФ

Межбюджетные трансферты (субвенции), передаваемые в бюджеты ТФОМС, предназначены для финансирования скорой медицинской помощи, высокотехнологичной медицинской помощи в части расходов, которые не финансируются по программам ОМС.

Помимо положительных моментов, в ходе реализации субъектами РФ перехода на преимущественно одноканальное финансирование, имели место и некоторые проблемы:

- различные материально-технические и финансовые условия ЛПУ и субъектов РФ, на территории которых они расположены;
- отсутствие должного контроля за использованием средств ОМС;
- отсутствие достаточного числа подготовленных менеджеров и экономистов здравоохранения, ориентированных на работу в изменившихся финансовых условиях;
- недополучение финансовых средств, необходимых ЛПУ на текущие расходы из-за невыполнения объемов медицинской помощи и как следствие возникновение кредиторской задолженности по расходам, связанным с содержанием медицинских учреждений (коммунальные услуги, уплата налогов и т.д.);

– выявлена неготовность отдельных руководителей взять на себя полную ответственность за деятельность учреждения (отсутствие умения проводить финансовый анализ в рыночных условиях, недостатки планирования, отсутствие эффективных организационных структур и видения перспектив развития своего учреждения) [2].

Однако с введением одноканальной системы финансирования здравоохранения всё же сделан важный шаг в сторону повышения социальной ответственности главных действующих лиц данной сферы: медицинских организаций всех типов. Основная идея реформы – обеспечить эффективное использование поступающих в сферу здравоохранения финансовых ресурсов, повысить качество медицинских услуг и эффект от их оказания, путём экономического стимулирования медицинских организаций и в конечном итоге добиться улучшения здоровья населения на всей территории РФ. При этом для решения проблем, неизбежно возникающих на пути достижения поставленных целей, необходимо активное участие всех субъектов сферы здравоохранения. Следует учитывать опыт других стран, использовать положительные моменты из накопленного отечественного опыта, а также необходим постоянный анализ проводимых мероприятий на всех уровнях и совместное устранение имеющихся недочётов.

Список использованной литературы

1. Гехт И. А. Некоторые проблемы перехода к одноканальному финансированию здравоохранения / И. А. Гехт, Г. Б. Артемьева // Экономика здравоохранения. – 2011. – № 7–8. – С. 55–58.
2. Обухова О. В., Носова Е. А. Проблемы функционирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальную систему финансирования / О. В. Обухова, Е. А. Носова // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 8. – С. 13–16.
3. О методике включения в тариф на оплату медицинской помощи расходов на содержание медицинской организации, а также затрат на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу: письмо ФФОМС от 23.07.2013. № 5423/21-и.