

Финансирование здравоохранения: источники, способы и результаты

Д.В. ДЕМЕНТЬЕВ, кандидат экономических наук, Новосибирский государственный технический университет, Новосибирск. E-mail: ddw68@yandex.ru

В статье рассмотрены порядок и принципы финансирования учреждений здравоохранения по системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Показано, что объем финансирования медицинских учреждений должен определяться на основе нормативов объема медицинской помощи в расчете на одного человека в год, а по базовой программе ОМС – на одно застрахованное лицо. Представлено сравнение финансовых нормативов, утвержденных в Новосибирской области, со средними по Российской Федерации. Сделан вывод о необходимости оптимизации нормативного подхода как способа финансирования медицинских учреждений с целью повышения качества медицинских услуг.

Ключевые слова: здравоохранение, норматив, программа, финансирование

Переход на одноканальное финансирование

Введение в России с 1993 г. медицинского страхования в связи с принятием закона № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (от 28.06.1991 г.) положило начало изменению порядка и принципов финансирования лечебно-профилактических учреждений. В законе (ст. 6) были определены основные права граждан, например, на получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации; на выбор медицинского учреждения и врача на договорных условиях; на получение медицинских услуг на условиях заключенных договоров (независимо от размера оплаченного страхового взноса); на выбор медицинской страховой организации.

Так как многие положения закона не были реализованы, это вызвало необходимость принятия закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [1]. Он обозначил новый этап в реорганизации финансирования медицинских услуг: были определены (ст. 9) субъекты (застрахованные лица, страхователи и Федеральный фонд ОМС), а также участники (территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские учреждения) обязательного медицинского страхования (ОМС).

По требованиям федерального закона с 2013 г. осуществляется поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование медицинских организаций по полному тарифу за счет средств обязательного медицинского страхования. Это означает, что основное финансирование осуществляется по одному каналу через территориальные фонды ОМС, где сосредоточены все средства для финансирования медицинских услуг по базовой программе, в форме субвенций из Федерального фонда медицинского страхования. Объем субвенций для бюджетов территориальных фондов рассчитывается исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы обязательного медицинского страхования и других показателей. На практике такой механизм должен покрывать все расходы медицинских организаций и быть выгодным для медицинских учреждений.

В рамках пилотного проекта одноканальное финансирование здравоохранения началось еще в 2007–2008 гг. в 12 субъектах Российской Федерации и доля расходов ОМС должна была составить в этих регионах не менее 60%. По информации Минздрава РФ, к началу 2009 г. в этих субъектах доля средств ОМС в финансировании расходов составляла 58%, а в целом по России – менее 50%, что подтвердило преимущества [2] внедряемой системы.

В систему одноканального финансирования включаются как медицинские учреждения, ранее получавшие средства ОМС, так и те, которые финансировались из бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных. Условно рассматриваются три этапа внедрения одноканальной системы финансирования. На первом в тариф ОМС дополнительно включаются расходы на оплату услуг связи, а также транспортные, арендная плата за пользование имуществом, прочие услуги, социальное обеспечение медицинских работников, прочие расходы, приобретение медицинского оборудования стоимостью до 100 000 руб. за единицу; на втором – расходы на оплату коммунальных услуг; на третьем – на оплату программного обеспечения и компьютерных баз данных, работ и услуг по содержанию имущества.

В связи с этим финансирование лечебно-профилактических учреждений за счет средств ОМС должно осуществляться в субъектах Федерации на основе нормативов объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в расчете

на одного жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования – в расчете на одно застрахованное лицо, а также по нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и на основе подушевых нормативов финансирования. Данные нормативы, а также средние нормативы затрат на единицу объема медицинской помощи определены в постановлении Правительства РФ от 19.12.2015 г. № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».

Программа ОМС в Новосибирской области

В Новосибирской области территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 г. и на плановый период 2017 и 2018 гг. утверждена постановлением Законодательного собрания № 73 от 10.12.2015 г.

Министерство здравоохранения РФ рекомендует использовать нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований субъектов Федерации, с учетом коэффициента дифференциации. В таблице 1 показаны нормативы объемов медицинской помощи по России и в Новосибирской области на 2016 г. в расчете на одного жителя.

Таблица 1. Нормативы объема медицинской помощи по России и в Новосибирской области в 2016 г., число посещений (обращений, случаев)

Вид помощи	Норматив	
	по России	в НСО
В амбулаторных условиях:		
- оказываемая с профилактической и иными целями	0,6	2,956
- оказываемая в связи с заболеваниями	0,2	2,18
В стационарных условиях	0,004	0,1874
В том числе паллиативная, койко-дней	0,092	0,0059

Как свидетельствуют данные таблицы, нормативы объема медицинской помощи в Новосибирской области по медицинским услугам в основном выше, чем средние по России, за исключением паллиативной медицинской помощи в стационарах.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одном медицинском учреждении единые для всех страховых медицинских

организаций субъекта РФ, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС, а в отдельных случаях – в рамках базовой программы (ч. 3 ст. 30 закона № 326-ФЗ) (табл. 2).

Таблица 2. Нормативы финансовых затрат на 2016 г. в России (на единицу услуг), руб.

Вид помощи	На единицу услуг	За счет ОМС	За счет бюджетов
Скорая медицинская помощь	1 вызов	1747,7	Нет
В амбулаторных условиях медицинскими организациями:			
- с профилактическими и иными целями	1 посещение	358,7	388,4
- по поводу заболевания	1 посещение	1005,0	1126,5
- в неотложной форме	1 посещение	459,2	Нет
Лечение в условиях дневных стационаров	1 случай	11430,0	11498,0
Госпитализация в медицинских организациях и их подразделениях, оказывающих медпомощь в стационарных условиях	1 случай	22815,3	66612,3
Медицинская реабилитация в специализированных медицинских организациях, оказывающих помощь по данному профилю, и реабилитационных отделениях медорганизаций	1 койко-день	1573,2	Нет
Паллиативная медпомощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода)	1 койко-день	Нет	1785,1

Источник: [1].

Методика расчета тарифов на оказание медицинской помощи в звене первичной медико-санитарной помощи в расчете на одно посещение и алгоритм определения финансирования медицинских учреждений по подушевому нормативу рекомендованы Федеральным фондом ОМС [3]. Органы государственной власти субъектов Федерации определяют подушевые нормативы на основе средних, приведенных в постановлении Правительства РФ № 1382 от 19.12.2015 г., с учетом соответствующих коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 г. № 462.

В рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, по видам, формам, условиям и этапам оказания медицинской помощи с учетом особенностей состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры

заболеваемости населения, климатических и географических особенностей регионов.

В территориальной программе ОМС Новосибирской области утверждены следующие нормативы затрат (табл. 3).

Таблица 3. Нормативы затрат на разные виды медицинской помощи в Новосибирской области в 2016 г., руб.

Вид помощи	На единицу услуг	За счет ОМС	За счет областного бюджета
Скорая медицинская помощь	1 вызов	1996,35	Нет
В амбулаторных условиях:	1 посещение	397,53	437,15
- с профилактическими и иными целями			
- по поводу заболевания	1 посещение	1110,32	1267,9
- в неотложной форме	1 посещение	507,5	Нет
Лечение в условиях дневных стационаров	Пациенто-день	1477,19	473,2
Госпитализация в медицинских организациях и их структурных подразделениях, оказывающих медпомощь в стационарных условиях	1 случай	25978,31	69776,25
Медицинская реабилитация в специализированных организациях	1 койко-день	1739,88	Нет
Паллиативная медпомощь в стационарных условиях	1 койко-день	Нет	1999,31

Показатели таблицы 3 свидетельствуют о том, что финансовые нормативы по некоторым услугам утверждены примерно в равной сумме по источникам финансирования, а по ряду услуг финансирование будет преимущественно осуществляться за счет областного бюджета, например, госпитализация и паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях.

Подушевой норматив финансового обеспечения в Новосибирской области в расчете на одного человека в год утвержден на 2016 г. в размере 11 843,94 руб., в том числе за счет средств территориальной программы ОМС – 9471,70 руб. (около 80%).

Безусловно, утверждение нормативов объема медицинской помощи по ее видам и нормативы финансовых затрат необходимы, поскольку должны способствовать более обоснованному распределению бюджетных ассигнований и средств ОМС между учреждениями здравоохранения. Но только постоянный мониторинг и анализ данной практики позволят сделать выводы об их обоснованности.

Государственная программа «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 годы» [4] предусматривает

реализацию 11 подпрограмм, среди которых следует отметить три основные (более 90% от всех расходов):

- совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой помощи, в том числе специализированной медицинской эвакуации;
- совершенствование системы лекарственного обеспечения, в том числе в амбулаторных условиях;
- организация обязательного медицинского страхования граждан в Новосибирской области (табл. 4). Главным источником финансирования программы являются бюджетные средства, а средства ОМС только в 2016–2018 гг. будут составлять немногим более 40%.

Анализируя объемы финансирования по основным подпрограммам (табл. 4), можно заметить неравномерное распределение затрат по годам, что, вероятно, объясняется объективными причинами.

Таблица 4. Динамика и распределение расходов по подпрограммам 1–3 государственной программы «Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 годы»

Год	«Совершенствование оказания специализированной помощи...»		«Совершенствование системы лекарственного обеспечения...»		Организация ОМС граждан в НСО	
	млн руб.	%	млн руб.	%	млн руб.	%
2013	6350,5	7,3	1 350,4	17,7	Нет	-
2014	15 024,1	17,4	547,8	7,2	Нет	-
2015	17 151,7	19,8	1 987,0	26,1	Нет	-
2016	4 776,4	5,5	872,1	11,4	26 350,8	31,0
2017	4 230,5	4,9	580,2	7,7	27 779,8	32,6
2018	4 242,3	4,9	589,3	7,7	31 007,3	36,4
2019	17 348,9	20,1	839,0	11,0	Нет	-
2020	17 348,9	20,1	839,0	11,0	Нет	-
2013–2020, всего	86 453,4	43,6	7 613,8	3,8	85 137,9	43,0

При этом важно отметить, что подпрограмма «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи...» на 96,5% финансируется из областного бюджета и на 3,5% – из федерального. На совершенствование лекарственного обеспечения в подпрограмме намечены только бюджетные источники: из областного бюджета – 58,2%, из федерального – 41,8%. Подпрограмма «Организация обязательного медицинского страхования граждан» будет финансироваться с 2016 г. примерно

в равных долях: из областного и бюджета территориального фонда ОМС. Так, по бюджету территориального фонда ОМС Новосибирской области в 2016 г. предусмотрено направить на финансирование здравоохранения 26 663,4 млн руб. (99,5% всех расходов бюджета ТФОМС).

Данные таблицы 4 позволяют сделать вывод о том, что в Новосибирской области переход на финансирование преимущественно за счет средств ОМС пока не предполагается до 2020 г., так как доля внебюджетных источников в 2016–2018 гг. составляет менее половины, а в 2019–2020 гг. вновь предусмотрены расходы преимущественно из областного бюджета.

Таким образом, в Новосибирской области территориальный фонд ОМС и медицинские страховые организации в настоящее время не готовы к переходу преимущественно на одноканальную систему финансирования учреждений за счет средств обязательного медицинского страхования. С учетом дефицитности областного бюджета медицинские учреждения не застрахованы от недофинансирования уже сегодня и от уменьшения объемов финансирования при утверждении бюджета на очередной год.

Приходится констатировать, что в современных условиях все права застрахованных лиц не могут быть в полной мере реализованы. Следует отметить, что финансирование медицинских учреждений даже в полном объеме по утвержденным нормативам отнюдь не может гарантировать надлежащее качество медицинских услуг. В первую очередь, по мнению автора, необходимо повышать квалификацию и мотивацию врачей, среднего медицинского персонала – ведь именно от них реально зависит эффективность страховой медицины.

Литература

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. 03.07.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Письмо Минздрава России от 21.12.2015 № 11–9/10/2–7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
3. Письмо ФФОМС от 08.05.2009 № 2056/26-и «О направлении "Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи при поэтапном переходе на одноканальное финансирование"».
4. Постановление Правительства Новосибирской области от 07.05.2013 № 199-п (ред. 28.12.2015) «Об утверждении государственной программы "Развитие здравоохранения Новосибирской области на 2013–2020 годы"».