**Введение**

На сегодняшний день проблемы финансирования здравоохранения являются одной из самых острых и трудноразрешимых задач государства.

Важнейшим элементом социального и экономического развития общества является медицинское обслуживание населения. Затраты общества на развитие здравоохранения имеют не только социальное, но и экономическое значение. Эффективность здравоохранения как отрасли сферы обслуживания заключается в том, что, оберегая и восстанавливая здоровье человека – главной составной части производительных сил общества, оно тем самым способствует снижению заболеваемости, росту производительности труда, продлению трудоспособного периода трудящихся. Все это в свою очередь содействует росту национального дохода страны и повышению благосостояния народа.

В комплексе проводимых в настоящее время социально-экономических реформ важнейшее место занимает развитие страховой медицины. Переход на страховую медицину в России является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной финансовой обеспеченностью и технической оснащенностью.

Для кардинального преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья необходимо, в первую очередь, осуществить преобразование экономических отношений, а также перевести здравоохранение на путь страховой медицины.

Результативность функционирования и финансирования системы здравоохранения наиболее достоверно может быть оценена на региональном уровне и, прежде всего, в отношении лечебно-профилактических учреждений, являющихся объектом финансирования.

Цель данного проекта – изучение теоретических основ и практических аспектов финансирования медицинских учреждений в условиях перехода на одноканальное финансирование здравоохранения.

В соответствии с целью были поставлены следующие задачи:

* рассмотреть теоретические основы финансирования системы здравоохранения;
* определить модели финансирования здравоохранения;
* проанализировать финансирование системы здравоохранения на примере «Окружной клинической больницы» ХМАО-ЮГРЫ;
* выявить проблемы финансирования учреждений здравоохранения на территории Российской Федерации и пути их решения.

Предмет исследования – особенности финансирования системы здравоохранения.

Объектом исследования в дипломной работе является учреждение здравоохранения ХМАО-ЮГРЫ «Окружная клиническая больница».

В ходе подготовки дипломного исследования были использованы Федеральные 3 аконы, нормативно-правовые акты Министерства финансов Российской Федерации, Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации, учебные пособия для студентов и преподавателей экономических ВУ3ов, а также статьи периодических изданий и ресурсы сети Internet.

**1. Теоретические основы Финансирования системы здравоохранения**

**1.1 Модели финансирования здравоохранения, применяемые в мировой практике**

Здравоохранение – отрасль деятельности государства, целью которой является организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения. Система финансирования данной отрасли является важной частью для принятия мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья.

Системы финансирования здравоохранения можно классифицировать по двум признакам:

* по источнику формирования средств;
* по форме их распределения.

Источники формирования средств не всегда влияют на формы их распределения, системы с одним и тем же источником формирования средств могут иметь разные характеристики распределения.

Источниками финансирования могут являться:

1. Общие налоговые доходы всех видов и уровней. К ним относятся: налоги на прибыль, налоги на добавленную стоимость, подоходный налог и др. Они поступают в государственный или муниципальный бюджет, а затем распределяются по разным отраслям. Решающую роль при распределении средств имеют сложившиеся бюджетные приоритеты.
2. Целевые налоговые поступления, к которым относятся налоги, устанавливаемые на определенные товары (чаще всего, на продажу алкоголя и табака). Установленная часть поступлений от сбора этих налогов в целевом порядке направляется на здравоохранение. Этот вид налога не характеризует систему финансирования здравоохранения, поскольку является дополнительным к основному источнику финансирования и его доля в формировании средств здравоохранения незначительна.
3. Целевой взнос на обязательное медицинское страхование (или налог на заработную плату). Это может быть взнос на обязательное медицинское страхование (РФ), а может быть единый взнос на социальное страхование (единый социальный налог). Взнос на ОМС обычно исчисляется в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда.
4. Личные средства граждан и иные источники. Эти средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Кроме того, это могут быть доходы ЛПУ от аренды, от продажи медицинских технологий и др. В качестве иных источников финансирования могут выступать благотворительные фонды, средства работодателей, направляемые на создание собственной медицинской базы и пожертвования.

Ни в одной стране не существует в чистом виде бюджетной, страховой или частной системы финансирования. Системы финансирования здравоохранения основаны на доминирующем источнике финансирования.

Исторически сложились три основные системы финансирования здравоохранения:

1. Бюджетная система, в данном случае финансирование производится за счет средств государственного бюджета. В таких системах государство является собственником значительной части медицинских учреждений. При функционировании данной системы происходит формирование доминирующей ответственности государства за состояние и развитие национального здравоохранения.
2. Страховое здравоохранение, которое основано на формировании и использовании целевых фондов, источником которых являются обязательные страховые взносы работодателей, и предполагает сохранение солидарной ответственности страхователей и государства за состояние и развитие здравоохранение. В системах ОМС участие государства принимает более мягкие регулирующие формы, а медицинские организации не всегда принадлежат государству. Тем не менее, системы ОМС также являются государственными системами финансирования, поскольку: во-первых, взносы работодателей и работников носят обязательный характер и принимают форму особого налога на заработную плату, во-вторых, поступления от взносов являются хотя и обособленной, но все же частью государственных финансов, поэтому они контролируются государством, в-третьих, государство регулирует многие элементы этой системы – ставки взносов, цены на медицинские услуги, договорные отношения между страховщиком и медицинской организацией, размер гарантируемого объема медицинских услуг и т.д.
3. Частная платная система, при которой оплата любой медицинской услуги осуществляется за счет средств пациента в полном объеме. В этом случае инструментом развития национального здравоохранения выступает конкурентная среда.

Среди стран с развитой рыночной экономикой достаточно высокий уровень бюджетного финансирования характерен для Дании, Финляндии, Швеции и даже Великобритании.

Наибольшую часть медицинских услуг в Великобритании предоставляет Национальная система здравоохранения (НСЗ). Подавляющая часть ее финансовых ресурсов (84%) и по сей день поступает из бюджетов всех уровней. Дополнительным источником являются взносы на социальное страхование, исчисляемое в виде процента от фонда оплаты труда. Но в отличие от российской практики, целевым этот взнос назвать трудно, так как он «растворяется» в общей системе социальных налогов и распределяется в зависимости от сложившихся приоритетов их распределения на нужды пенсионного обеспечения, страхования по безработице, здравоохранения и пр. Кроме того, часть средств, поступающих по линии социального налога и выделяемых на нужды здравоохранения, поступает под прямой контроль министерства здравоохранения, сливаясь с бюджетными поступлениями. На долю этого взноса приходится 12% поступлений НСЗ.

Примерно 4% средств НСЗ формируется из соплатежей населения, когда пациент вносит установленный процент от общей стоимости посещения или госпитализаций и обращений к специалистам (в основном, за выписку и оплату части стоимости лекарств в аптеках). [32, с. 69]

В целом, положительными чертами бюджетной системы здравоохранения является приемлемость медицинской помощи, высокая доступность, возможность проведения масштабных мероприятий (вакцинация, профилактика).

Финансирование здравоохранения за счет доминирующих страховых взносов осуществляется в такой стране, как Германия, где 85% населения охвачено обязательным медицинским страхованием. [32, с. 68]

Финансирование здравоохранения Германии складывается из: обязательных страховых взносов – 75%, налогов – 10%, премий по добровольному страхованию – 10%, платных услуг – 5%. Обязательному медицинскому страхованию подлежат все лица наемного труда, крестьяне, студенты, безработные, дети до 18 лет (до 23 лет при нетрудоспособности, до 25 лет – если они продолжают школьное или профессиональное образование или проходят год добровольной социальной службы). Пенсионеры и члены семьи страхуются при определенных размерах месячного дохода.

Уплате взносов подлежат и застрахованные, и работодатели. Взносы платятся пропорционально доходам (6,78% от заработной платы для тех и других). Вместе с тем, лица, имеющие доход, превышающий 75% граничной величины годового трудового дохода, свободны от взносов по обязательному страхованию с суммы превышения. Это немаловажно, учитывая сумму взноса.

За правильное начисление взносов, при поддержке больничных касс, отвечает работодатель, который производит вычет доли работников из заработной платы и вместе с долей работодателя, вместе с взносами по пенсионному страхованию и страхованию по безработице в форме общего взноса по социальному страхованию переводит в больничную кассу.

Застрахованные по больничному страхованию имеют право на отчисление на укрепление здоровья, профилактику и раннее диагностирование болезней, по болезни, уходу за тяжелобольными, беременности и материнству. Кроме этого, выплачиваются также средства на похороны и транспортные расходы. [32, с. 69]

И, наконец, система финансирования за счет средств домохозяйств характерна, прежде всего, для США, где частное страхование формирует более 32% ресурсов здравоохранения, а непосредственные платежи за медицинскую помощь со стороны домохозяйств составляют еще 23% от общего объема финансовых ресурсов здравоохранения. [32, с. 69]

При этом развитие системы финансирования здравоохранения в США обеспечивается, с одной стороны, динамичным ростом величины валового национального продукта, с другой – увеличением доли расходов на здравоохранение в составе этого валового продукта. За последние 50 лет здесь ВНП увеличился в 18 раз, и доля затрат на медицинское обслуживание – с 4,4% до 19% ВНП. Вместе с тем, функционирование системы здравоохранения США сопровождается и негативными моментами. Таковыми являются, прежде всего, ограниченный доступ различных слоев населения к медицинскому обслуживанию и стимулирование роста стоимости медицинских услуг гонорарным методом оплаты за услугу. [32, с. 69] На сегодняшний день люди, имеющие страховку либо финансовые ресурсы, получают самое лучшее в мире медицинское обслуживание, в то время как наиболее нуждающиеся в нем – бедные слои населения, хронические больные, семьи с одним родителем – не получают даже основного лечения.

Несмотря на все отрицательные стороны американской системы здравоохранения, следует признать, что медицинское обслуживание (если оно доступно) в США самое лучшее в мире. Средняя продолжительность жизни в США увеличилась с 1960 г. на пять лет, американские больницы и врачи применяют самое совершенное медицинское оборудование и технологии. Более того, больше половины финансирования мировых медицинских исследований осуществляется в США, и, как следствие, большая часть Нобелевских премий после Второй мировой войны была получена именно американцами.

В настоящее время в России действует бюджетно-страховая модель финансирования учреждений здравоохранения.

Действующее российское законодательство (Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации») предусматривает, что бесплатная медицинская помощь населению предоставляется за счет двух источников – бюджетов всех уровней и системы ОМС. В целях обеспечения единой системы планирования финансовых ресурсов бюджетов всех уровней и средств ОМС, в 1998 г. Правительством РФ была утверждена Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. На основе Программы и методических рекомендаций по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи органы исполнительной власти субъектов РФ разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ТПГГ).

ТПГГ подразделяет медицинскую помощь по источникам финансирования на три группы: медицинскую помощь, предоставляемую за счет бюджетов субъекта РФ; медицинскую помощь по территориальной программе ОМС (ТПОМС), финансируемую за счет средств системы ОМС; медицинскую помощь в федеральных клиниках, предоставляемую за счет средств федерального бюджета. Последняя категория определена достаточно четко – это специализированная (в том числе дорогостоящая) амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях по квотам Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Однако в большинстве случаев сводный расчет стоимости ТПГГ и сведения о реализации ТПГГ не содержат информации ни об объемах, ни о финансовом обеспечении медицинской помощи в федеральных клиниках, что не позволяет оценить вклад медицинской помощи, предоставляемой за счет средств федерального бюджета, в реализацию ТПГГ. Наибольший интерес представляет разграничение расходных обязательств между консолидированным бюджетом региона и системой ОМС.

Расходные обязательства между бюджетами, с одной стороны, и системой ОМС, с другой, разграничены по:

– видам медицинской помощи – «базовые» виды медицинской помощи включены в ТПОМС, в то время как отдельные виды помощи отнесены к обязательствам бюджетов;

– видам лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) – отнесение финансирования отдельных ЛПУ к обязательствам бюджетов или ОМС отчасти обусловлено оказываемыми ими видами помощи, отчасти – другими причинами (например, фельдшерско-акушерские пункты оказывают «базовые» медицинском помощи и тем не менее не включены в ТПОМС);

– категориям получателей помощи – граждане, по каким-либо причинам не застрахованные в системе ОМС, получают экстренную и неотложную медицинскую помощь за счет средств бюджетов;

– статьям бюджетной классификации – часть затрат учреждений, работающих в системе ОМС, не включается в тарифы ОМС, а финансируется за счет бюджетов.

Таким образом, каждая страна имеет специфическую систему финансирования здравоохранения. Это связано с национальным менталитетом с конкретными условиями становления и эволюции данного общества.

В соответствии с типом систем финансирования по форме их распределения (по характеру взаимодействия с медицинскими организациями) можно выделить два основных типа систем:

* интеграционную модель;
* контрактную модель.

Интеграционная модель предполагает слияние функций финансирования, управления и оказания медицинской помощи. Имущество медицинских организаций принадлежит государству или органам местной власти. В Российском здравоохранении подавляющая часть медицинских организаций имеет статус государственных или муниципальных лечебно-профилактических учреждений и напрямую управляется органом управления здравоохранением, который одновременно является финансирующей стороной.

Органы управления не только определяют общую стратегию и приоритеты развития отрасли, но и регламентируют основные стороны деятельности медицинских учреждений: определяют их мощность (например, число больничных коек, амбулаторных приемов), принимают решение о перераспределении ресурсов между отдельными учреждениями, назначают руководителей и прочее. В такой модели права медицинских учреждений ограничены.

Теоретически интеграционная модель экономических отношений обеспечивает высокую степень управляемости системой. На практике для этого требуется множество условий, главные из которых – это высокий уровень планирования и готовность медиков работать в рамках командной системы.

Недостатки модели – это отсутствие возможности для маневра ресурсами, бюрократизация отношений, слабая ориентация на потребительский спрос, отсутствие экономической мотивации медиков.

Поэтому интеграционную модель экономических отношений стали преобразовывать в контрактную модель на основе разделения функций финансирования и оказания медицинской помощи.

Контрактная модель строится на экономических, а не на административных отношениях между финансирующей стороной и медиками. Основой этих отношений является разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи. Контрактная модель предполагает выбор гражданами медицинской организации и врача. Утверждается принцип «деньги следуют за пациентом». Практически этот принцип может осуществляться двумя способами.

Первый способ – пациент самостоятельно или по направлению медиков выбирает медицинскую организацию и врача, участвующих в программе государственных гарантий, и получает необходимую медицинскую помощь в пределах объема и условий, определяемых этой программой. Финансирующая сторона оплачивает полученную медицинскую помощь, предварительно оценивая ее обоснованность, качественные характеристики и конечные результаты. В реальной жизни выбор места получения медицинской помощи зависит от организации оказания медицинской помощи. В многоуровневой системе выбор пациента чаще всего определяется решениями медиков более низкого звена первичной медико-санитарной помощи.

Второй способ – заключение договоров с теми медицинскими организациями, у которых более высокие показатели деятельности и которые пользуются наибольшим спросом у врачей и населения. В этом случае управляющее воздействие финансирующей стороны намного сильнее. Она анализирует сложившиеся маршруты пациентов, определяет их рациональность и заключает договоры с наиболее эффективными звеньями на оказание планируемых и согласованных объемов медицинской помощи. Основой принятия решения о выборе медиков является: текущая информация о фактическом потреблении медицинских услуг и база данных о потребительских предпочтениях.

Контрактная модель предполагает дополнительные затраты на осуществление договорных отношений. Чтобы заключить договор с поставщиками медицинских услуг, финансирующая сторона должна провести анализ их деятельности, сформировать планы оказания медицинской помощи, согласовать их с планами медиков, заключить договоры, организовать их мониторинг и оценку.

В странах с контрактной моделью расходы выше, по сравнению со странами с интеграционной моделью. Условие их оправданности – обеспечение более высоких конечных показателей деятельности здравоохранения и экономии ресурсов.

Контрактная модель экономических отношений может действовать при любой системе финансирования здравоохранения. Для этого необходимо соблюдение, как минимум, двух условий:

– орган управления здравоохранением отказывается от прямого управления медицинским учреждением и строит отношения с ним на договорной основе.

– медицинское учреждение обладает хозяйственной самостоятельностью.

Чем больше степень независимости сторон, тем шире возможности осуществления контрактной модели. В бюджетной системе трудней обеспечить эту независимость, поскольку чаще всего основная часть медицинских учреждений принадлежит государству. В системе ОМС потенциал реализации контрактной модели в принципе выше. Но и в этой системе не снимается вопрос об обеспечении реальной хозяйственной самостоятельности государственных и муниципальных ЛПУ.

В Российской Федерации принята бюджетно-страховая модель финансового обеспечения национальной системы здравоохранения. Данная модель подразумевает, что основными источниками финансирования являются сразу две системы: система обязательного медицинского страхования и система бюджетного финансирования.

**1.2 Общая характеристика системы обязательного медицинского страхования**

Новый подход к финансированию медицинских учреждений в Российской Федерации связан с принятием Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», который был принят в 1991 г. С 1991 года по настоящее время в этот Закон были внесены некоторые изменения.

Обязательное медицинское страхование, проводимое в России, приобрело черты социального страхования, так как порядок его проведения установлен государственным законодательством, и при этом действует принцип социальной справедливости: богатый платит за бедного. В данном случае это означает, что средства от налогоплательщиков распределяются по нормативно-душевому принципу: на пенсионеров и детей больше, на взрослых меньше.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Система призвана обеспечить охрану здоровья и получение необходимой медицинской помощи в случае заболевания. В России ОМС является всеобщим для населения. Это означает обеспечение всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых базовой федеральной и территориальными программами ОМС.

Система обязательного медицинского страхования создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации.

Медицинское страхование – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья с целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. [4]

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Основная цель ОМС состоит в сборе, сохранении страховых взносов и предоставлении за счет этих взносов, собранных в федеральном и территориальных внебюджетных фондах, медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах.

Согласно Закону РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» субъектами ОМС являются гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. При страховании неработающих граждан в качестве страхователей выступают государственные органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления. Страхователями для работающих граждан являются работодатели – предприятия, организации, учреждения, физические лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица.

Страховщиками являются юридические лица – страховые медицинские организации (СМО), имеющие государственную лицензию на осуществление ОМС.

Страхователями являются плательщики страховых взносов в фонд обязательного медицинского страхования:

– Все хозяйствующие субъекты независимо от формы собственности и организационно-правовых форм деятельности, в том числе крестьянские (фермерские) хозяйства, родовые семейные общины малочисленных народов Севера, занимающиеся традиционными отраслями хозяйства;

– Индивидуальные предприниматели;

– Граждане, занимающиеся в установленном порядке частной практикой (деятельностью), – адвокаты, врачи, нотариусы, детективы;

– Граждане, использующие труд наемных работников;

– Лица творческих профессий, не объединенные в творческие союзы.

От уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование освобождены общественные организации инвалидов и находящиеся в их собственности предприятия, объединения, созданные для осуществления уставных целей этих организаций.

В качестве медицинских учреждений в системе ОМС выступают лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, медицинские центры), научно-исследовательские медицинские институты, другие медицинские учреждения, имеющие лицензии на оказание медицинской помощи по программам ОМС, а также прошедшие аккредитацию и получившие соответствующий сертификат. Медицинские учреждения, осуществляющие свою деятельность на основании договоров со страховыми медицинскими организациями, получают соответствующую плату за оказание застрахованным медицинской помощи и иных услуг.

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования.

Статьей 4 Закона №1499–1 установлено, что медицинская помощь в системе ОМС оказывается на основании договора на предоставление лечебно-профилактической помощи, представленного соглашением, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования.

Тарифы на медицинские услуги при обязательном медицинском страховании определяются соглашением между страховыми медицинскими организациями, Советами Министров республик в составе Российской Федерации, органами государственного управления автономной области, автономных округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи.

Застрахованными лицами являются физические лица, в пользу которых заключен договор ОМС.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает на руки страховой медицинский полис. Форма страхового медицинского полиса и инструкция по его ведению утверждаются Правительством Российской Федерации. В полисе указываются: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, место работы, социальное положение, адрес застрахованного, а также срок действия договора.

Практически у каждого гражданина Российской Федерации есть страховой медицинский полис, на основании которого населению оказывается бесплатная медицинская помощь в рамках программы обязательного медицинского страхования.

С целью реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования граждан созданы федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС и ТФОМС). Они аккумулируют поступающие от страхователей финансовые средства, разрабатывают правила обязательного медицинского страхования граждан, а также выполняют другие функции в рамках реализации возложенных на них задач.

Организации и предприниматели, производящие выплаты физическим лицам, до 01.01.2010 года являлись плательщиками единого социального налога. В настоящее время ЕСН упразднен, порядок отчислений страховых взносов определяется Федеральным Законом от 24.06.2009 года №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные Фонды обязательного медицинского страхования».

Согласно указанному закону все зарегистрированные в территориальных Фондах ОМС в качестве страхователей плательщики осуществляют выплаты в соответствии со следующими тарифами:

В 2010 году:

– Федеральный фонд обязательного медицинского страхования – 1,1%;

– территориальные фонды обязательного медицинского страхования – 2%.

В течение 2011–2012 гг.:

– Федеральный фонд обязательного медицинского страхования – 1,1%;

– территориальные фонды обязательного медицинского страхования – 1,2%.

В течение 2013–2014 гг.:

– Федеральный фонд обязательного медицинского страхования -1,6%;

– территориальные фонды обязательного медицинского страхования – 2,1%.

В качестве базы для начисления взносов выступает сумма выплат и иных вознаграждений, предусмотренных ФЗ №212, начисленных плательщиками страховых взносов за расчетный период в пользу физических лиц, за исключением сумм, указанных в данном законе.

Кроме поступлений от страхователей в виде страховых взносов на ОМС финансовые средства Федерального и территориальных фондов ОМС образуются за счет:

– поступлений добровольных взносов юридических и физических лиц;

– доходов от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса;

– поступлений из иных источников, не запрещенных законодательством.

Все формы контроля в отношении исчисления и своевременности уплаты взносов осуществляют Территориальные фонды ОМС путем проведения сверки плательщиков страховых взносов на основании имеющихся у них данных об их учете в качестве страхователей по ОМС в порядке определяемом ФФОМС. В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов в установленный срок производится взыскание недоимки по страховым взносам в судебном порядке.

В течение расчетного периода страхователь уплачивает страховые взносы в виде ежемесячных обязательных платежей. Платеж подлежит уплате в срок не позднее 15-го числа календарного месяца, следующего за календарным месяцем, за который начисляется ежемесячный обязательный платеж. Плательщики страховых взносов обязаны вести учет сумм начисленных выплат и иных вознаграждений, сумм страховых взносов, относящихся к ним, в отношении каждого физического лица, в пользу которого осуществлялись выплаты. Плательщики страховых взносов ежеквартально представляют в орган контроля за уплатой страховых взносов по месту своего учета расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование.

Начисленные суммы взносов в части обязательного медицинского страхования налогоплательщики перечисляют отдельными платежными поручениями в ФФОМС и ТФОМС.

Финансирование системы ОМС осуществляется по дифференцированным подушевым нормативам. ТФОМС из полученных за месяц страховых взносов на обязательное медицинское страхование в соответствии с Временным порядком финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования граждан формирует нормированный страховой запас и рассчитывает среднедушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС, после чего в течение 10 дней доводит до сведения СМО дифференцированные подушевые нормативы. При недостатке у СМО средств для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС она обращается в ТФОМС за субвенциями в порядке, установленном ТФОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обязан полностью и своевременно в соответствии с договором со страховой медицинской организацией финансировать ее.

Для обеспечения выполнения принятых обязательств по оплате медицинской помощи в объеме территориальной программы страховая медицинская организация образует из полученных от ТФОМС средств необходимые для предстоящих выплат резервы оплаты медицинских услуг и запасной резерв, а также резерв финансирования предупредительных мероприятий по ОМС. ТФОМС устанавливает для страховых компаний единые нормативы финансовых резервов в процентах к финансовым средствам, передаваемым им на проведение обязательного медицинского страхования. При этом сумма средств в запасном резерве не должна превышать одномесячного, а в резерве финансирования предупредительных мероприятий – двухнедельного запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы.

ТФОМС также устанавливает порядок использования страховыми организациями финансовых резервов и фондов.

В случае прекращения договора ТФОМС со страховой организацией, предназначенные для оплаты медицинских услуг средства (в том числе средства сформированных резервов оплаты медицинских услуг и запасного) в течение 10 дней возвращаются в ТФОМС, за исключением тех случаев, когда договор пролонгируется или заключается новый договор.

ТФОМС осуществляет контроль за целевым и рациональным использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями.

Медицинское учреждение использует поступившие средства, в соответствии с договорами заключенными со страховыми медицинскими организациями, на оплату медицинской помощи по территориальной программе ОМС, по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта федерации. Средства, поступившие от территориального фонда на отдельные мероприятия по здравоохранению, используются медицинскими учреждениями в рамках утвержденных целевых программ.

Состав тарифа на медицинские и иные услуги, предоставляемые по территориальной программе ОМС, определяются в соответствии с действующими нормативными документами решением согласительной комиссии, в которую на паритетных началах входят заинтересованные стороны, а именно: представители территориального фонда ОМС и его филиалов, органов государственного управления, страховых медицинских организаций, профессиональных медицинских ассоциаций (при отсутствии последних интересы медицинских учреждений могут представлять профсоюзы медицинских работников).

По окончании каждого календарного месяца лечебное учреждение направляет реестр медицинских услуг, оказанных застрахованному конкретной страховой медицинской организацией контингенту и счет на оплату оказанных медицинских услуг. Расчеты между страховыми организациями и медицинским учреждением производятся путем оплаты страховой компанией счетов медицинского учреждения. При оказании медицинской помощи на территории другого субъекта оплата услуг производится путем взаиморасчетов между ТФОМС этих регионов. В данном случае медицинская организация направляет счет на оплату оказанной застрахованным страховой медицинской организации, осуществляющей деятельность на территории иного субъекта федерации, в ТФОМС вместе с реестром оказанных услуг. ТФОМС организует межтерриториальные расчеты.

За счет средств ОМСфинансируется территориальная программа ОМС, в рамках которой гражданам предоставляется амбулаторно-поликлиническая, стационарная и стационарозамещающая медицинская помощь в объеме и на условиях, определенных ТПОМС. Перечень заболеваний и видов медицинской помощи, входящих в ТПОМС, является составной частью ТПГГ. Кроме того, в большинстве регионов России в структуру тарифа на медицинские услуги в системе ОМС включатся не все, а только пять статей затрат. Иными словами, тариф – фактически, цена услуги, оплачиваемой за счет средств ОМС, – не покрывает всех затрат, которые несет учреждение при ее оказании. Другие статьи расходов медицинских учреждений при оказании медицинской помощи в объеме ТПОМС отнесены на бюджеты.

Так система обязательного медицинского страхования была введена для осуществления полного финансового обеспечения здравоохранения. Но в связи с проблемой недостаточности финансовых средств в системе ОМС параллельно функционирует система бюджетного финансирования, которая в настоящее время играет доминирующую роль в данном процессе.

**1.3 Бюджетное финансирование учреждений здравоохранения**

Государственное финансирование здравоохранения обеспечивается за счет бюджетных средств и средств ОМС.

За счет средств бюджета субъекта РФ и бюджетов муниципальных образований, входящих в его состав (далее – бюджетов), гражданам предоставляется:

– скорая медицинская помощь;

– медицинская помощь, оказываемая в специализированных диспансерах, больницах (отделениях, кабинетах) при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, СПИДе, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, врожденных аномалиях развития, деформациях и хромосомных нарушениях у детей, отдельных состояниях, возникающих в перинатальном периоде;

– отдельные виды помощи незастрахованным гражданам и лицам, не имеющим (не представившим) полиса ОМС в течение всего периода лечения;

– высокотехнологичные (дорогостоящие) виды медицинской помощи, дорогостоящее лекарственное обеспечение.

За счет средств бюджетов также осуществляются льготное лекарственное обеспечение и протезирование, финансирование медицинской помощи, оказываемой фельдшерско-акушерскими пунктами, хосписами, больницами сестринского ухода, лепрозориями, трахоматозными диспансерами, центрами по борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита, центрами медицинской профилактики, врачебно-физкультурными диспансерами, отделениями и центрами профпатологии, детскими и специализированными санаториями, домами ребенка, бюро судебно-медицинской экспертизы и патологоанатомической экспертизы, центрами экстренной медицинской помощи, станциями, отделениями, кабинетами переливания крови, санитарной авиацией, центрами планирования семьи и репродукции. Кроме того, за счет бюджетов финансируется содержание зданий, сооружений, оборудования, оплата услуг транспорта, связи, коммунальных, хозяйственных и прочих текущих расходов государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь по ТПОМС.

Средства бюджетной системы расходов на здравоохранение перечисляются из всех звеньев бюджетной системы. За счет федерального бюджета финансируются крупнейшие медицинские центры, клиники, больницы федерального значения, научные учреждения, ведомственные медицинские учреждения.

Из региональных бюджетов финансируются республиканские, краевые, областные медицинские учреждения, противоэпидемические мероприятия и др.

Главным, наиболее весомым источником бюджетного финансирования здравоохранения являются местные бюджеты. По каналам этих бюджетов финансируется массовая сеть лечебно-профилактических учреждений – больниц, поликлиник, амбулаторий и т.д. Именно о состояния доходной базы местных бюджетов зависит уровень финансового обеспечения и состояния медицинского обслуживания населения. Структуру источников бюджетного финансирования характеризуют данные таблицы 1.3.1.

Таблица 1.3.1. Распределение бюджетных расходов на здравоохранение между звеньями бюджетной системы

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Консолидированный бюджет РФ | Федеральный бюджет | Территориальные бюджеты | В том числе в % | |
| Региональные бюджеты | Местные бюджеты |
| 100 | 10 | 90 | 38 | 52 |

Бюджетные средства являются наиболее крупным источником финансирования здравоохранения. Они в значительной мере обеспечивают выполнение гарантий государства на получение население бесплатной медицинской помощи. Эти гарантии зафиксированы в ст. 41 Конституции РФ, где указывается, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно».

Для обеспечения гарантий и обязательств государства по медицинскому обслуживанию населения впервые постановлением Правительства РФ от 11 сентября 1998 г. №1096 была утверждена «Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 1999 г.». В этой Программе был сохранен перечень видов медицинской помощи, сложившийся в советское время. Кроме того, были установлены показатели размеров медицинских услуг, которые должны финансироваться государством. Например, в расчете на 1000 человек число вызовов скорой помощи было установлено 340; число койко-дней в больницах – 2901,5; число врачебных посещений в поликлиниках – 9198 и т.д. Таким образом, в Программе была определена сумма требуемых здравоохранению финансовых ресурсов для покрытия затрат, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи. На основании данной программы ежегодно принимается годовая Программа государственных гарантий, в которую исходя из медицинской ситуации и экономических возможностей вносятся коррективы.

Условия и порядок оказания бесплатной медицинской помощи определяется Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации по согласованию с ФФОМС.

Базовая программа государственных гарантий включает в себя:

* перечень видов медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий;
* базовую программу ОМС;
* нормативные показатели объема медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий;
* подушевой норматив, используемый для финансирования здравоохранения с целью покрытия всех затрат, связанных с оказанием бесплатной медицинской помощи в соответствии с гарантированными нормативными показателями ее объема.

Финансирование Программы государственных гарантий осуществляется из следующих источников:

* из средств бюджетов здравоохранения всех уровней;
* из средств фондов ОМС;
* из других источников поступления средств в здравоохранение.

Нормативные показатели объемов медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий, используются в качестве основы для формирования расходной части федерального, региональных и местных бюджетов здравоохранения, а также федерального и территориальных фондов ОМС.

Используя базовую программу государственных гарантий, региональные органы управления создают и затем утверждают территориальные программы государственных гарантий.

Территориальные программы государственных гарантий могут включать дополнительные виды и объемы бесплатной медицинской помощи, которые должны финансироваться субъектами Российской Федерации за свой счет и с учетом своих финансовых ресурсов.

Ежегодные соглашения между Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и региональными органами управления используются в качестве механизма выравнивания условий финансирования вышеназванных программ.

Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации, разработали и утвердили «Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

В рамках Программ государственных гарантий разрабатываются подушевые нормативы финансирования здравоохранения, которые определяются как показатели затрат, рассчитываемые на одного человека и используемые для того, чтобы показать распределение финансовых ресурсов здравоохранения, полученных из всех источников, необходимых для финансирования расходов на оказание бесплатной медицинской помощи населению.

В рамках территориальных программ государственных гарантий органы управления субъектов Российской Федерации формируют подушевые нормативы, принимая во внимание нормативы стоимости всех видов бесплатной медицинской помощи, рассчитанные ими в соответствии с федеральными методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Региональные органы управления ежегодно формируют территориальные программы государственных гарантий, в которых имеются следующие разделы:

* перечень видов и объемов бесплатной медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках Программы государственных гарантий и финансируемой за счет средств бюджетов здравоохранения всех уровней;
* перечень видов и объемов бесплатной медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках Программы государственных гарантий и финансируемой за счет средств бюджетов ОМС;
* перечень лечебно-профилактических учреждений, финансируемых за счет средств бюджета здравоохранения;
* перечень лечебно-профилактических учреждений, финансируемых за счет средств фондов ОМС;
* рассчитанный итоговый объем медицинских услуг, оказываемых в рамках территориальной программы государственных гарантий и итоговая стоимость программы;
* виды и объем бесплатной медицинской помощи, предоставляемой муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями и финансируемой за счет средств бюджета здравоохранения и фондов ОМС, и в рамках муниципальной части территориальной программы государственных гарантий;
* план реализации «государственного и муниципального заказов»;
* перечень наиболее важных лекарственных средств, предметов медицинского назначения и материалов, используемых в рамках Программы государственных гарантий;
* условия и порядок оказания бесплатной медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации;
* итоговая стоимость утвержденной территориальной программы государственных гарантий, включая территориальную программу ОМС.

Программы государственных гарантий исходя из имеющихся финансовых возможностей и потребностей в медицинских услугах регламентируют объемы медицинской помощи и затраты на ее оказание.

Размеры и структура медицинской помощи задаются утвержденными на федеральном уровне нормативами объемов бесплатной медицинской помощи в расчете на 1000 человек. Эти нормативы могут быть уточнены в регионах с учетом их демографической структуры населения, потребностей в медицинских услугах, уровня медицинского состояния территории и т.д.

Единицами объемов медицинских услуг приняты: в больницах – койко-день, в амбулаторно-клинических – врачебное посещение, вызов скорой медицинской помощи.

В объем финансовых ресурсов, необходимых для реализации Программы государственных гарантий, зависит и от величины денежных затрат на единицу объема медицинских услуг.

В Программах устанавливаются следующие нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинских услуг:

* стоимость одного дня лечения в больнице;
* стоимость одного посещения в поликлинике;
* стоимость одного вызова скорой медицинской помощи;
* стоимость одного койко-дня.

Финансовые нормативы рассчитываются с учетом: результатов анализа расходования бюджетных средств за предыдущий период; индексов-дефляторов на планируемый период; территориальных коэффициентов удорожания, установленных Минэкономразвития РФ.

Планирование государственных гарантий в здравоохранении осуществляется на федеральном, региональном, муниципальном уровнях и в медицинских учреждениях.

На федеральном уровне разрабатывается Программа государственных гарантий и методика формирования и обоснования Программы государственных гарантий. При этом определяется:

* виды медицинской помощи и заболевания, включенные в Программу государственных гарантий;
* минимально гарантируемые объемы медицинской помощи;
* нормативы финансовых затрат на единицу объемов медицинской помощи.

На региональном уровне разрабатывается Территориальная программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью. При этом устанавливаются территориальные нормативы медицинской помощи и территориальные нормативы финансовых затрат на единицу медицинских услуг.

На муниципальном уровне формируется муниципальный заказ, обеспечивающий реализацию Программы государственных гарантий в муниципальном образовании. На основе объемов медицинской помощи, реализуемых субъектом РФ с учетом нормативов финансовых затрат, а также предложений медицинских учреждений формируется финансовый план оказания медицинской помощи населению в медицинских учреждениях муниципального образования, а также заказ на получение жителями медицинской помощи за пределами территории проживания.

Сформированный муниципальный заказ согласовывается в органах управления субъекта РФ. Если после признания его параметров субъектом РФ в муниципальном образовании имеются дополнительные ресурсы, то муниципальный заказ может быть увеличен сверх территориальной программы государственных гарантий.

На уровне медицинских учреждений разрабатываются предложения по использованию их мощностей для реализации муниципального заказа. Согласованные показатели муниципальных заказов служат основой для формирования бюджетных заявок муниципальным бюджетам и системе ОМС.

В настоящее время в литературе рассматривается три основных типа финансирования здравоохранения, но в классическом виде не встречаются ни в одной стране. В каждой стране есть индивидуальная модель обеспечения нужд здравоохранения, в которой сочетаются элементы разных типов. В России бюджетное обеспечение превалирует над финансированием за счет системы ОМС, но в последние годы наблюдается четкая тенденция перемещения роли обязательного медицинского страхования на ведущие позиции.

**2. Анализ финансирования учреждения здравоохранения на примере окружной клинической больницы**

**2.1 Система обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа**

Система ОМС в округе построена в соответствии с федеральным законодательством. К субъектам обязательного медицинского страхования осуществляющим деятельность в ХМАО относятся:

* Окружной фонд обязательного медицинского страхования;
* 3 страховые медицинские компании;
* 199 медицинских учреждений;
* 30169 страхователей, зарегистрированных в ОФОМС;
* 1 483 433 застрахованных.

Для реализации территориальной программы с 1993 г. на территории округа действует окружной Фонд обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением. В настоящее время в структуру Ханты-Мансийского фонда ОМС входит Исполнительная дирекция, а также 12 филиалов – обособленных структурных подразделений Фонда в крупных городах округа, которые все вместе обеспечивают реализацию поставленных перед фондом задач и выполнение необходимых функций.

Ханты-Мансийский окружной фонд ОМС занимает одно из первых мест в России, по количеству собираемых финансовых средств обязательного медицинского страхования, которое в 2009 году составило 5 583,12 рублей на одного жителя округа. Кроме того, Фонд обеспечивает 30 процентов всех финансовых средств, направляемых на здравоохранение в округе.

Основными задачами Территориального фонда являются:

* обеспечение реализации Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;
* обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе ОМС;
* обеспечение всеобщности обязательного медицинского страхования граждан;
* достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе обязательного медицинского страхования;
* обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС.

Ханты-Мансийский окружной фонд ОМС выполняет функции, присущие всем территориальным фондам:

* аккумулирует финансовые средства на обязательное медицинское страхование граждан;
* осуществляет финансирование обязательного медицинского страхования, проводимого страховыми медицинскими организациями;
* осуществляет финансово-кредитную деятельность по обеспечению системы обязательного медицинского страхования;
* выравнивает финансовые ресурсы городов и районов, направляемые на проведение обязательного медицинского страхования;
* предоставляет кредиты, в том числе на льготных условиях, страховщикам при обоснованной нехватке у них финансовых средств;
* накапливает финансовые резервы для обеспечения устойчивости системы обязательного медицинского страхования;
* разрабатывает правила обязательного медицинского страхования граждан на соответствующей территории;
* осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование граждан;
* вносит предложения о страховом тарифе взносов на обязательное медицинское страхование;
* согласовывает с органами государственного управления, местной администрацией, профессиональными медицинскими ассоциациями, страховщиками тарифы на медицинские и иные услуги по обязательному медицинскому страхованию;
* осуществляет взаимодействие с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и другими территориальными фондами обязательного медицинского страхования;
* предоставляет Федеральному фонду обязательного медицинского страхования информацию о финансовых ресурсах системы обязательного медицинского страхования и другую информацию в пределах своей компетенции и другие функции.

Финансовые средства Территориального фонда находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Эти средства образуются за счет: части страховых взносов предприятий и иных хозяйствующих субъектов на ОМС в размерах, устанавливаемых Верховным Советом Российской Федерации, доходов, получаемых от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса финансовых средств фонда; финансовых средств, взыскиваемых со страхователей, медицинских учреждений и других юридических и физических лиц в результате предъявления им регрессных требований; добровольных взносов физических и юридических лиц; и иных поступлений, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Доходы от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса финансовых средств Территориального фонда могут быть использованы: на пополнение фондов, на выравнивание условий деятельности медицинских учреждений, осуществляющих программу ОМС, на экономическое стимулирование эффективно и качественно работающих медицинских учреждений, а также на организацию мероприятий по снижению рисков заболевании среди граждан.

На территории округа осуществляют деятельность по обязательному медицинскому страхованию 3 страховщика:

ОАО «Страховая компания «СОГА3-МЕД» функционирует с 1998 года, уставный капитал компании составляет 102,5 млн. рублей. В настоящий момент количество застрахованных СК «СОГАЗ-МЕД» превышает 12,5 млн. человек, региональная сеть насчитывает более 700 подразделений на территории 48 субъектов Российской Федерации. На территории Ханты-Мансийского автономного округа застраховано 143 132 гражданина, в том числе 79 946 работающих и 63 186 неработающих.

3АО «Капитал медицинское страхование» работает с 1994 года, уставный капитал составляет 100 млн. рублей. Компания занимается добровольным и обязательным медицинским страхованием. В настоящее время «Капитал Медицинское Страхование» имеет 44 филиала, обслуживая клиентов в Астраханской, Волгоградской, Иркутской, Калининградской, Нижегородской, Пермской, Ростовской, Самарской, Тюменской, Челябинской областях, а также в Краснодарском крае, Кабардино-Балкарии, республике Коми, Ханты-Мансийском автономном округе. На территории ХМАО страховой компанией «Капитал» застраховано 214 424 гражданина, в том числе 116 310 работающих и 98 114 неработающих.

ОАО СМК «ЮГОРИЯ-Мед» осуществляет деятельность в области обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования, а также страхования лекарственного обеспечения. «ЮГОРИЯ-Мед» является дочерним обществом ОАО «Государственная страховая компания «ЮГОРИЯ» и членом Группы страховых компаний «ЮГОРИЯ». Общество учреждено в 1997 году. Оплаченный уставный капитал составляет 64 883 000 рублей, 97% акций общества принадлежит ОАО ГСК «ЮГОРИЯ». По обязательному медицинскому страхованию на территории ХМАО в ОАО СМК «ЮГОРИЯ-Мед» застраховано 1 226 112 граждан, в том числе 683 712 работающих и 542 400 неработающих граждан.

В настоящее время по данным Ханты-Мансийского ОФОМС на территории округа застрахованы 1 583 668 человека по 30 169 договорам страхования, в том числе 879 968 работающих и 703 700 неработающих граждан. Страхователями работающего населения являются предприятия, индивидуальные предприниматели, граждане, использующие труд наемных работников зарегистрированные в окружном фонде ОМС в качестве страхователей при обязательном медицинском страховании. Страхователем неработающего населения является Правительство Ханты-Мансийского автономного округа. Страховщик, осуществляющий страхование неработающего населения, определяется в результате конкурсной процедуры, проводимой в соответствии с действующим законодательством в части размещения заказов на государственные и муниципальные нужды.

Структура распределения застрахованного населения по страховым компаниям представлена в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1. Структура контингента застрахованных граждан

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Страховая компания** | **Количество застрахованных граждан** | | | | | |
| **Общее количество застрахованных** | | **Работающие граждане** | | **Неработающие граждане** | |
| **Всего, чел.** | **Доля рынка страховой компании, %** | **Всего, чел.** | **Доля рынка страховой компании, %** | **Всего, чел.** | **Доля рынка страховой компании, %** |
| ОАО СМК «ЮГОРИЯ-Мед» | 1 226 112 | 77,4 | 683 712 | 77,7 | 542 400 | 77,1 |
| ОАО «СК «СОГА3-МЕД» | 143 132 | 9,0 | 79 946 | 9,1 | 63 186 | 9,0 |
| ЗАО «Капитал Медицинское страхование» | 214 424 | 13,6 | 116 310 | 13,2 | 98 114 | 13,9 |
| **Итого** | **1 583 668** | **100** | **879 968** | **100** | **703 700** | **100** |

Данные таблицы 2.1.1. наглядно иллюстрируют ситуацию, сложившуюся на территории Ханты-Мансийского Автономного округа. Абсолютным лидером в системе обязательного медицинского страхования является страховая компания «ЮГОРИЯ-Мед». При этом доля рынка данной страховой компании имеет одинаковые проявления, как в страховании категории работающего населения, так и в страховании категории неработающего контингента. Таким образом, полисами обязательного медицинского страхования страховой компании «ЮГОРИЯ-Мед» обеспечено три четверти всего населения округа. Оставшаяся часть населения ХМАО застрахована страховыми компаниями «СОГАЗ-Мед» и «Капитал Медицинское страхование» в соотношении 9 и 13% соответственно.

Также необходимо отметить, что распределение подлежащих страхованию по ОМС граждан носит территориальную направленность, т.е. весь рынок обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского округа разделен по территориям деятельности той, или иной страховой компании. Так, ОАО «СМК «ЮГОРИЯ-Мед» имеет свои структурные подразделения и осуществляет обязательное медицинское страхование граждан на территории шести из девяти районов ХМАО, при этом в двух районах осуществляет ОМС страховая компания «СОГАЗ-Мед», а страховая компания «Капитал Медицинское страхование» осуществляет свою деятельность лишь в одном районе и в двух крупных городах округа.

Сложившееся территориальное разделение поля деятельности страховых медицинских компаний неблагоприятно сказываются на системе ОМС в целом. Кроме того, нарушается право граждан на выбор страховой компании, хотя формально этот выбор существует. За счет такого разделения теряется конкуренция между страховщиками, а следовательно, и стимул к улучшению качества обслуживания населения.

По округу в настоящее время насчитывается 199 медицинских учреждений. Одним из крупнейших на территории ХМАО лечебно-профилактических учреждений является Окружная Клиническая больница города Ханты-Мансийска.

Окружная клиническая больница была открыта в 1932 году. В апреле 2001-го для медицинского комплекса было построено новое здание общей площадью 45 тыс. кв. метров. За последние девять лет появился целый ряд новых отделений и лабораторий, отвечающих самым современным требованиям здравоохранения.

Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница» (ОКБ) создано приказом Окружного территориального медицинского управления от 04.07.1999 года №161.

Окружная клиническая больница является некоммерческой организацией, финансируемой за счет средств бюджета на основе сметы и средств, поступающих в рамках системы обязательного медицинского страхования, предоставления платных медицинских услуг, является юридическим лицом и функционирует в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными актами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Вышестоящей организацией является Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры. Целью создания Учреждения является обеспечение населения высококвалифицированной медицинской помощью и создание условий для организации и проведения учебно-педагогического процесса по подготовке медицинских кадров.

Руководство ОКБ осуществляется главным врачом на принципах единоначалия. Руководитель действует на основании контракта, заключенного с Департаментом государственной собственности Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, устава учреждения и законодательства Российской Федерации. Руководитель осуществляет текущее руководство деятельностью Учреждения и подотчетен Департаменту государственной собственности Ханты-Мансийского автономного округа – Югры и Департаменту Здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

ОКБ является многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, состоящим из 42 структурных подразделений. Четыре поликлиники (консультативно-диагностическая, передвижная, детская и женская) рассчитаны на 1 154 посещения в смену. Стационар на 560 коек (в том числе 30 реанимационных, 270 хирургических, 160 терапевтических и 100 педиатрических) ежегодно принимает более 15 тыс. пациентов. В 2008–2009 гг. открыты новые корпуса, в том числе инфекционный, офтальмологический и пансионат для иногородних больных. В 2010 году планируется открытие онкологического корпуса и гаража для автомобилей на 400 стояночных мест. Также в 2010 году начнется строительство кардиохирургического корпуса.

На базе больницы создано семь окружных специализированных центров: центр хирургии печени и поджелудочной железы, межрайонный онкологический центр, центр острого и хронического диализа, перинатальный центр, центр амбулаторной хирургии, центр дистанционного консультирования пациентов и интерактивного телеобучения врачей, специализированный центр сахарного диабета.

Окружная больница сотрудничает со многими НИИ и клиниками страны. При ОКБ работают две научно-исследовательские лаборатории Южно-Уральского научного центра РАМН, занимающиеся проблемами патологии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, а также ангиопластикой и реологией крови. Больница является базовым учреждением Ханты-Мансийского государственного медицинского института и Ханты-Мансийского медицинского училища.

В штатном расписании больницы предусмотрены 2100 единиц. Среди сотрудников ОКБ 1 академик РАЕН, 5 докторов и 32 кандидата медицинских наук. В коллективе 5 заслуженных врачей РФ, 6 заслуженных работников здравоохранения ХМАО, 11 сотрудников награждены значком «Отличник здравоохранения».

В целях обеспечения стабильности работы Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», рационального использования бюджетных ассигнований, совершенствования системы организации финансирования, развития материально-технической базы лечебно-профилактических подразделений, социального развития и стимулирования сотрудников, Окружная клиническая больница предоставляет платные медицинские услуги населению. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной и других видов помощи в соответствии с сертификатом и лицензиями на эти виды деятельности.

Финансирование Окружной клинической больницы производится в основном за счет бюджетных средств и за счет средств обязательного медицинского страхования.

**2.2 Бюджетное финансирование «Окружной клинической больницы»**

Расходы на медицинское обслуживание населения Ханты-Мансийского автономного округа финансируются из различных источников. В частности для этого используются: средства бюджетов всех уровней, средства обязательного медицинского страхования, средства домохозяйств в виде прямой оплаты медицинских услуг и прочие поступления, в том числе благотворительные взносы предприятий в рамках программ социального партнерства.

Окружная больница финансируется за счет средств бюджета и внебюджетных источников.

Бюджетные средства представлены бюджетными ассигнованиями и бюджетными средствами, предоставляемыми в рамках целевых программ, финансируемых за счет бюджетов различного уровня, например, в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», программы финансирования высокотехнологичной медицинской помощи.

К внебюджетным источникам финансирования относятся средства обязательного медицинского страхования, доходы от реализации платных медицинских услуг. Доходы от предпринимательской деятельности включают средства добровольного медицинского страхования, денежные средства, полученные в рамках Постановления Правительства РФ от 31.12.2004 №911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей»), оказание платных медицинских услуг населению. Структура доходов ОКБ представлена в таблице 2.2.1.

Таблица 2.2.1. Структура доходов учреждения ХМАО окружной клинической больницы города Ханты-Мансийска (млн. руб.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Источник** | **2008 год** | | **2009 год** | | **2010 год** | |
| **Сумма** | **Удельный вес, %** | **Сумма** | **Удельный вес, %** | **Сумма** | **Удельный вес, %** |
| Бюджет | 903,8 | 82,7 | 798,9 | 78,2 | 753 | 72,5 |
| ОМС | 150,5 | 13,8 | 167,6 | 16,4 | 187,2 | 18,1 |
| Платная деятельность | 5,5 | 0,5 | 6,6 | 0,7 | 6,9 | 0,7 |
| Родовые | 9,8 | 0,9 | 13,6 | 1,3 | 14 | 1,3 |
| ЭКО | 8,9 | 0,8 | 2,7 | 0,2 |  |  |
| Высокотехнологич. виды мед. помощи | 14,7 | 1,3 | 23,2 | 2,3 | 53,5 | 5,2 |
| Нац. проект | - | - | 9,5 | 0,9 | 24,6 | 2,3 |
| **ИТОГО** | **1 093,2** | **100** | **1 022** | **100** | **1 039,2** | **100** |

В настоящий момент времени бюджетные средства являются основным источником финансирования окружной больницы. Так в 2009 году доля бюджетных средств составила 78,2%, в то время как доля средств обязательного медицинского страхования составила лишь 16,4%. В связи с постепенным переходом на одноканальное финансирование доля средств обязательного медицинского страхования возрастает, так в 2009 году удельный вес средств обязательного медицинского страхования возрос на 2,6% и в 2010 году планируется рост данного показателя на 1,7%.

Бюджетное финансирование производится на основе сметного принципа: учреждению утверждается смета расходов, производимых за счет выделяемых средств. В смете расходов отражаются все виды затрат, разделенные по статьям экономической классификации бюджетных расходов.

Согласно установленному порядку, смета расходов должна рассчитываться исходя из показателей пропускной способности медицинского учреждения: количество больничных коек, расчетное число амбулаторно-поликлинических посещений врачей за смену. Эти показатели являются базовыми для определения отдельных видов затрат. Так, в зависимости от коечной мощности стационара определяется общее количество требуемого медицинского персонала и соотношение должностей, различающихся по уровню оплаты труда.

Полученные показатели умножаются на ставки заработной платы, устанавливаемые в соответствии с единой тарификационной сеткой оплаты труда работников организаций бюджетной сферы (ЕТС). Необходимые затраты на медикаменты, приобретение мягкого инвентаря (постельное белье и пр.), питание больных рассчитываются как произведение количества больничных коек на нормативные показатели удельных затрат соответствующих видов в расчете на одну больничную койку.

Реальность несколько отличается от вышеуказанной схемы.

Во-первых, нормативная база, используемая для проведения таких расчетов, в значительной степени унаследована от плановой системы здравоохранения с назначаемыми государством ценами. Старые стоимостные нормативы механически корректируются с помощью индексов-дефляторов, причем рассчитанных для экономики в целом.

Во-вторых, потребности в финансировании больницы, рассчитанные вышеуказанным способом, оказываются существенно выше тех финансовых ресурсов, которые выделяются Департаментом здравоохранения. В результате показатели потребности в финансировании отдельных статей расходов той или иной федеральной клиники, рассчитанные с использованием имеющихся нормативов, корректируются Департаментом в сторону уменьшения.

Принципы проведения такой корректировки и соответственно установления итоговых размеров бюджетного финансирования четко не формулируются.

Учреждения должны истратить полученные средства строго по их целевому назначению (то есть в соответствии с утвержденными показателями расходов по отдельным статьям) и не имеют права самостоятельно перераспределять их между разными статьями расходов без разрешения Департамента.

В связи с осуществлением ряда реформ в здравоохранении, количество предоставляемых средств бюджетом постепенно снижается, так в 2009 году окружной больнице было предоставлено на 10% меньше бюджетных средств, по сравнению с 2008 годом. А в 2010 году запланировано поступление 753 миллиона рублей в рамках бюджетного финансирования, что в свою очередь на 7% меньше, чем в 2009 году. Распределение расходов бюджетных средств представлено в таблице 2.2.2.

Таблица 2.2.2. Структура расходов ОКБ, осуществляемых за счет бюджетных средств (тыс. руб.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование показателя** | **2008 год** | **2009 год** | **2010 год** |
| Оплата труда и начисления на оплату труда | 564 721,8 | 507 584,4 | 518 797,8 |
| Заработная плата | 453 673,2 | 407 148 | 408 123,6 |
| Прочие выплаты | 13 159,2 | 12 653,4 | 9 945,6 |
| Начисления на оплату труда | 97 889,4 | 87 783 | 100 728,6 |
| Приобретение услуг | 56 601 | 58 500,6 | 35 991,6 |
| Услуги связи | 2 562 | 2 463 | 1 920 |
| Транспортные услуги | 4 108,8 | 3 156 | 3 471,6 |
| Коммунальные услуги | 20 060,4 | 25 032,6 | 30 600 |
| Арендная плата за пользование имуществом | - | - | - |
| Услуги по содержанию имущества | 13 801,8 | 15 055,2 | 13 800 |
| Прочие услуги | 16 068 | 9 793,8 | 11 700 |
| Социальное обеспечение | 6 120 | 6 325,8 | 6 381 |
| Пособия по социальной помощи населению | 6 120 | 12 325,8 | 12 381 |
| Молочные смеси | 6 087 | - | - |
| Бесплатное приданное | 27 | - | - |
| Бесплатное протезирование | 6 | - | - |
| Прочие расходы | 1 530 | 2 248,2 | 1 836 |
| Прочие расходы | 1 530 | 4 048,2 | 1 836 |
| в т.ч. налоги | 1 941 | - | - |
| в т.ч. проезд больных | 240 | - | - |
| в т.ч.техосмотр | 9 | - | - |
| Поступления нефинансовых активов | 274 791,8 | 259 284,6 | 264 829,8 |
| Продолжение таблицы 2.2.2 | | | |
| **Наименование показателя** | **2008 год** | **2009 год** | **2010 год** |
| Увеличение стоимости основных средств | 37 317,6 | 12 336 | 52 66,2 |
| Увеличение стоимости нематериальных активов | - | - | - |
|  | 237 474,2 | - | - |
| Медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы | 203 681,6 | 179 232 | 133 072,8 |
| в т.ч.медикаменты | 96 831,6 | - | - |
| в т.ч.расходные материалы | 97 538,4 | - | - |
| в т.ч. Кислород | 3 110,4 | - | - |
| Продукты питания | 12 639,6 | 13 724,4 | 13 800 |
| Мягкий инвентарь | 1 887 | 94,2 | 1 200 |
| Прочие расходные материалы, предметы снабжения | 19 266 | 11 093,4 | 11 073 |
| ГСМ | - | - | - |
| **ИТОГО:** | **1 141 238,8** | **1 026 900** | **986 982** |

Таким образом, основную часть расходов бюджетных средств составляют расходы на оплату труда персонала больницы. На втором месте по расходам бюджетных средств стоит увеличение основных средств, в основном за счет приобретения оборудования. Третье по значению направление расходования бюджетных средств – расходы на медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы.

Параллельно с бюджетным финансированием существует дополнительный канал их финансирования – целевое бюджетное финансирование высокотехнологичных видов помощи.

Эти средства выделяются в виде доплаты за оказание дорогостоящих (высокотехнологичных) видов помощи. Эта форма бюджетного финансирования была введена с 1993 г. как средство решения задачи ослабления дефицита финансовых ресурсов учреждений здравоохранения и поддержания уровня и объема оказания высокотехнологической помощи. Была введена дополнительная строчка в бюджете, что всегда является гарантией дополнительных средств. Величина средств, выделенных в бюджете 1993 г. на эти цели, отражала исключительно бюджетные возможности и не была подкреплена какими-то серьезными расчетами. Эта величина стала, в свою очередь, базовой для определения размеров ассигнований по этой статье в последующие годы. Определение размеров этой добавки происходит на основе исторически сложившегося уровня финансирования по данной статье расходов федерального бюджета.

Финансирование высокотехнологичных видов помощи было введено в рамках механизма сметного финансирования. Выделение ассигнований на оказание высокотехнологических видов медицинской помощи производилось без увязки с какими-либо показателями, характеризующими объемы оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи. Выделение средств производится с утверждением каждому учреждению сметы расходов, производимых за счет данных средств. Особенностью выделения средств на оказание высокотехнологичных видов помощи является то, что они предназначаются для осуществления лишь части видов расходов, предусмотренных экономической классификацией бюджетных расходов. На территории округа оказывается 104 вида высокотехнологичной медицинской помощи. Среди наиболее успешно развивающихся направлений – кардиохирургическая помощь, эндопротезирование суставов, сеансы гемодиализа, вспомогательные репродуктивные технологии в терапии женского и мужского бесплодия.

В 2010 году в окружной больнице планируется следующий объем финансирования высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств бюджета: в сердечнососудистой хирургии – 12 825 тысяч рублей, в гинекологической помощи – 5 232 тысячи рублей, по травматологическому профилю – 2 532 тысячи рублей. В целом по всем направлениям – 20 589 тысяч рублей, что на 8,3% больше аналогичных показателей 2009 года. Распределение расходов средств предоставленных в рамках финансирования высокотехнологичной медицинской помощи представлено в таблице 2.2.3.

Таблица 2.2.3. Структура расходов ОКБ, в рамках средств, предоставленных на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи (руб.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование расхода** | **Сердечнососудистая хирургия** | **Гинекология** | **Травматология** | **Итого в 2010 году** |
|  | 150 квот | 100 квот | 50 квот | 300 квот |
| Оплата труда и начисления на оплату труда | 2 565 000 | 1 046 400 | 506 400 | 4 117 800 |
| Заработная плата | 2 211 210 | 902 070 | 436 560 | 3 549 840 |
| Начисления на оплату труда | 353 790 | 144 330 | 69 840 | 567 960 |
| Поступления нефинансовых активов | 10 260 000 | 4 185 600 | 2 025 600 | 16 471 200 |
| Увеличение стоимости материальных запасов | 10 260 000 | 4 185 600 | 2 025 600 | 16 471 200 |
| Медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы | 10 260 000 | 4 185 600 | 2 025 600 | 16 471 200 |
| **ИТОГО:** | **12 825 000** | **5 232 000** | **2 532 000** | **20 589 000** |

Ханты-Мансийскому округу на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в 2010 году выделено 87 770 тысяч рублей. В 2009 году на эти же цели было предоставлено 86 202 тысячи рублей. Таким образом, 39% бюджетных средств, направляемых на финансирование высокотехнологичной медицинской помощи в ХМАО, предоставляется Окружной клинической больнице города Ханты-Мансийска.

**2.3 Финансирование «Окружной клинической больницы» за счет внебюджетных источников**

Ассигнования из бюджета являются основным, но не единственным источником финансирования деятельности учреждений здравоохранения. Вторым по значимости источником денежных средств является система обязательного медицинского страхования. Система ОМС в округе построена в соответствии с федеральным законодательством.

Порядок взаимодействия между участниками системы ОМС определен в Положении о порядке оплаты медицинской помощи в системе ОМС, утверждаемом Согласительной комиссией по согласованию тарифов на медицинские услуги и Порядком информационного взаимодействия в системе обязательного медицинского страхования, утверждаемым Фондом.

На территории округа медицинская помощь оказывается в соответствии с Территориальной Программой Обязательного Медицинского Страхования. Так, в 2010 году действует принятый Думой Ханты-Мансийского автономного округа закон о Территориальной Программе Государственных гарантий оказания гражданам российской федерации бесплатной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2010 год.

Общий объем финансирования Программы составляет 31475,6 млн. рублей, в том числе средства обязательного медицинского страхования – 6654,0 млн. рублей.

В рамках Территориальной программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая неотложную, специализированная (за исключением высокотехнологичной) медицинская помощь, предусматривающие также обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации в случаях, определенных Программой, в том числе:

* Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике, диспансерному наблюдению (в том числе здоровых детей), диагностике, лечению заболеваний и реабилитации, в соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами;
* Стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии и круглосуточного медицинского наблюдения, патологии беременности, родах и абортах, плановой госпитализации с целью проведения лечения (включая все виды обезболивания) и реабилитации в соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами, в том числе в отделениях восстановительного лечения;
* Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов в соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами, с лекарственным обеспечением согласно Перечню лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании скорой, неотложной и стационарной медицинской помощи;
* Мероприятия по медицинской профилактике заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению граждан на базе медицинских учреждений, в составе которых на функциональной основе созданы центры здоровья;
* Медицинская помощь за пределами территории автономного округа гражданам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Основанием для финансовых расчетов между медицинским учреждением, Страховщиком, Ханты-Мансийским ОФОМС является договор на предоставление медицинской помощи по ОМС, иные договоры, тарифы оказания медицинской помощи, Тарифное соглашение, утвержденные решением окружной комиссии по согласованию тарифов на медицинские услуги.

Для организации доступности медицинской помощи застрахованным на всей территории округа, Страховщик заключает договор на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС со всеми медицинскими учреждениями, работающими в системе ОМС, согласно перечня лечебно-профилактических учреждений, участвующих в реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Ханты-Мансийского автономного округа бесплатной медицинской помощи, в части территориальной программы обязательного медицинского страхования на соответствующий год.

Оплата медицинской помощи в системе ОМС производится на основании выполненных медицинскими учреждениями объемов медицинской помощи по тарифам. Тарифы оказания медицинской помощи установлены по следующим видам медицинской помощи:

– амбулаторно-поликлиническая помощь, включая медицинскую помощь, оказываемую, при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, не требующего круглосуточного медицинского наблюдения (дневной стационар);

– стационарная помощь;

– стоматологическая помощь.

Средства обязательного медицинского страхования, полученные медицинскими учреждениями по договору на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС могут использоваться на следующие цели: оплата труда и начисления на оплату труда, медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы, мягкий инвентарь и обмундирование, продукты питания.

Окружной клинической больнице в 2008 и в 2009 году в рамках обязательного медицинского страхования было предоставлено 150,5 и 167,6 млн. рублей соответственно. Структура расходов средств обязательного медицинского страхования представлена в таблице 2.3.1.

Таблица 2.3.1. Состав расходов средств обязательного медицинского страхования в окружной больнице (руб.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вид расхода** | **2008 год** | **2009 год** | **2010 год** |
| Оплата труда и начисления на оплату труда | 22 382 424 | 25 065600 | 27 549 600 |
| Заработная плата | 20 726 713 | 20 798 400 | 22 873 800 |
| Начисления на оплату труда | 1 655 710 | 4 267 200 | 4 675 800 |
| Услуги по содержанию имущества | 13 925 280 | 4 383 000 | 4 815 000 |
| Прочие услуги | 752 878 | 1 474 200 | 1 620 000 |
| Увеличение стоимости основных средств | 64 149 797 | 43 356 600 | 47 626 800 |
| Медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы | 62 460 975 | 37 840 800 | 41 617 800 |
| Продукты питания | 641 514 | 4 912 800 | 4 912 800 |
| Мягкий инвентарь | 130 200 | 2 947 200 | 2 947 200 |
| Прочие расходные материалы, предметы снабжения | 16 800 | 2 826 000 | 2 827 200 |
| **ИТОГО:** | **150 534 588** | **122 806 200** | **133 916 400** |

По окончании календарного месяца окружная клиническая больница формирует и предоставляет в ОФОМС реестр медицинской помощи, фактически оказанной в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, в том числе оказанной Застрахованным за пределами округа. Фонд проводит форматно-логический контроль, по окончании которого формируется акт форматно-логического контроля.

Форматно-логический контроль представляет собойавтоматизированный контроль файлов, содержащих информацию о застрахованных гражданах, оказанной медицинской помощи и результатах контроля, проведенного Страховщиками, на соответствие утвержденному формату, регистру застрахованных граждан, Положению, правилам обязательного медицинского страхования граждан на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, иным нормативно – методическим документам, регламентирующим вопросы оказания и оплаты медицинской помощи, обязательного медицинского страхования.

После того, как акт форматно-логического контроля заверен со стороны лечебного учреждения и со стороны Фонда ОМС, формируются счета на оплату Страховым компаниям. В то же время ОФОМС распределяет информацию, содержащуюся в реестрах по страховым компаниям. Страховые компании в свою очередь проводят серию экспертиз, а именно:

– Медико-экономический контроль, который представляет собой контроль всех случаев оказания медицинской помощи, предъявленных к оплате в реестрах счетов без обращения к первичной документации.

– Медико-экономическая экспертиза проводимая с целью подтверждения соответствия объемов медицинских услуг, предъявленных к оплате, записям в учетно-отчетной документации медицинского учреждения.

– Экспертиза качества медицинской помощи (ЭКМП) – это исследование случаев оказания медицинской помощи с целью выявления дефектов, ошибок в деятельности медицинского персонала, причин их возникновения, оценки их реальных и возможных последствий, оформление мотивированного заключения и составление рекомендаций по предотвращению типичных ошибок.

В 2009 году по результатам указанных экспертиз неоплата случаев, признанных дефектными, составила 7 760 149 рублей. Структура неоплаченных случаев представлена в таблице 2.3.2.

Таблица 2.3.2. Структура неоплаченных случаев оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Страховая Медицинская Организация** | **Предъявлено к оплате за оказанную медицинскую помощь** | **Неоплата случаев по результатам МЭК** | | **Неоплата случаев по результатам МЭЭ** | | **Неоплата случаев по результатам ЭКМП** | |
| **∑, рублей** | **Удельный вес, %** | **∑, рублей** | **Удельный вес, %** | **∑, рублей** | **Удельный вес, %** |
| ОАО «СК» ЮГОРИЯ-Мед» | 145 495 944 | 6 724 587 | 4,62 | 628 408 | 0,43 | 227 062 | 0,16 |
| ЗАО «Капитал Медицинское Страхование» | 13 037 902 | 45 449 | 0,35 | 30 942 | 0,24 | 0 | 0 |
| ОАО «СК «СОГАЗ-Мед» | 9 014 137 | 106 701 | 1,15 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **ИТОГО** | **167 547 983** | **6 873 737** | **4,10** | **659 350** | **0,39** | **227 062** | **0,14** |

При выявлении незначительных дефектов, возможно повторное предъявление к оплате случаев после исправления дефектов, это касается в основном технических ошибок, допущенных из-за несовершенности программного обеспечения, выявленных во время медико-экономического контроля. Согласно Положению об оплате медицинских услуг в системе ОМС на территории ХМАО, к дефектам с возможностью доработки относятся организационные нарушения, затрудняющие проведение экспертизы и своевременной оплаты медицинской помощи. К таким нарушениям относятся неполное или неверное заполнение полей идентификации застрахованного, применение завышенного тарифа, не соответствующего категории медицинского учреждения, профилю или виду медицинской помощи и другие дефекты.

Так в 2009 году 37%, неоплаченных по результатам медико-экономического контроля, и 7,6%, по результатам медико-экономической экспертизы, случаев были повторно предъявлены к оплате и оплачены страховыми компаниями. То есть итоговая сумма неоплаты случаев оказания медицинской помощи в 2009 году составляет 7 760 149 рублей, что составляет 3% от суммы предъявленной к оплате в 2009 году.

Необходимо также отметить, механизм проведения экспертиз не единственная причина потери средств в системе ОМС. Больница недофинансируется еще и в результате оказания медицинской помощи не застрахованным по ОМС гражданам. Это происходит из-за не совершенности организации обязательного медицинского страхования. Этот факт становится возможным в настоящее время, так как наличие полиса ОМС не означает застрахованность пациента. Согласно действующему законодательству, каждый гражданин при изменении постоянного места жительства, при увольнении, при устройстве на работу и получении нового полиса должен сдавать «недействительный полис» либо в ТФОМС (в случае перемены места жительства), либо сдавать по месту работы (при увольнении). Но на практике это правило не работает.

На практике гражданин пользуется полисом ОМС, который формально считается действительным (дата окончания действия полиса, указанная в самом полисе, еще не наступила), а на самом деле полис является аннулированным.

Оплата ведется в соответствии с электронной базой данных сети территориальных фондов ОМС, которая в настоящее время обладает более достоверной информацией о застрахованности граждан. Поэтому на практике при предоставлении реестров оказанной медицинской помощи и предоставлении счетов на оплату данной помощи.

Так, в 2009 году окружной клинической больницей медицинская помощь незастрахованным гражданам была оказана в объеме более 3,5 тысяч подобных случаев, общей стоимостью в 1 388 тысяч рублей, что составляет 1% полученных в системе ОМС средств.

Таким образом, в системе обязательного медицинского страхования тщательному контролю со стороны страховых компаний подвергается легитимность выставленных счетов. Оплата медицинской помощи в этом случае осуществляется в соответствии с качеством оказываемой помощи. Ведение расчетов в системе ОМС осуществляется по законченному случаю. Целевой характер поступления средств обязательного медицинского страхования и контроль со стороны фонда ОМС и Департамента Здравоохранения повышает эффективность использования этих средств.

Кроме того, ежеквартально окружная больница предоставляет отчет в окружной фонд ОМС и департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа об исполнении сметы доходов и расходов средств обязательного медицинского страхования.

Менее значимым внебюджетным источником финансирования учреждения являются средства, полученные от оказания платных медицинских услуг.

Платные услуги оказываются в окружной больнице в рамках предпринимательской деятельности. Структура средств от осуществления предпринимательской деятельности представлена на рисунке 2.1.



Рис. 2.1. Структура доходов от осуществления предпринимательской деятельности

Данный вид деятельности осуществляется на основании специальной лицензии. Тарифы, применяемые для оплаты оказываемых медицинских услуг за счет средств пациентов, в отличие от тарифов, применяемых в системе ОМС, являются полными тарифами и компенсируют все статьи затрат, связанные с оказанием помощи. Платными услугами пользуются, как правило, иностранные граждане, не подлежащие обязательному медицинскому страхованию, и лица, которые в момент обращения за плановой медицинской помощью оказываются не застрахованными по ОМС. В большинстве случаев за счет средств пациентов проводится лабораторная и функциональная диагностика.

Также в рамках предпринимательской деятельности осуществляется обслуживание военнослужащих и их семей по договорам заключенным в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 31.12.2004. №911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей».

Оказание медицинских услуг осуществляется в рамках договоров, заключенных с отдельными организациями. Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется по тарифам, применяемым в системе ОМС. Ежемесячно составляется реестр оказанной в рамках данных договоров медицинской помощи, на основании которого выставляется счет.

Объем средств, получаемый от предпринимательской деятельности, несравним с объемом средств ОМС и бюджетных ассигнований. Но при переходе на одноканальное финансирования за счет страховой медицины, возможно увеличение уровня средств, получаемых в результате осуществления предпринимательской деятельности. Так как основным источником средств при страховой модели финансирования здравоохранения будут являться средства ОМС, то главным признаком для получения медицинской помощи будет являться наличие или отсутствие полиса обязательного медицинского страхования. В настоящее время некоторые категории незастрахованных граждан имеют возможность получить медицинскую помощь за счет средств бюджета, т.е. фактически за счет средств медицинского учреждения, когда пациент предъявляет полис ОМС, который в силу каких-либо причин был аннулирован страховой компанией.

Таким образом, из-за ряда технических причин учреждения недополучают значительное количество денежных средств, оказывая медицинскую помощь порой за свой счет.

В случае преодоления этой проблемы, многие незастрахованные граждане будут вынуждены платить сами за медицинские услуги по полным тарифам, возмещая все затраты учреждений здравоохранения на оказание медицинской помощи в данном конкретном случае.

В рамках предпринимательской деятельности также осуществляется оказание медицинских услуг в рамках договоров добровольного медицинского страхования. Во многих странах система ДМС является одним из самых развитых видов страхования, в США ДМС составляет основную часть всего медицинского страхования. В России добровольное медицинское страхование пока не достаточно развито. В основном все-таки физические лица, имеющие полисы ДМС, получили их по месту работы. При этом в таких отдаленных от центра регионах как ХМАО, уровень развития программ ДМС еще ниже. Сосредоточение страховой деятельности в Центральном ФО – естественное следствие высокой концентрации капитала и деловой активности в центральном регионе, характерной для Российской Федерации. Несмотря на то, что финансирование медицинских услуг через ДМС гораздо выгоднее, чем их прямая оплата, граждане РФ пока не готовы участвовать в программах ДМС, особенно в удаленных от центра территориях. В связи с этим доля средств добровольного медицинского страхования составляет лишь 6% всех доходов от осуществления предпринимательской деятельности. Именно поэтому средства добровольного медицинского страхования не выделяется в отдельный источник финансирования, а учитываются в составе средств предпринимательской деятельности ОКБ.

В 2008 году доля доходов по предпринимательской деятельности составила 0,5% от всего объема поступающих в ОКБ средств. В 2009 году этот показатель увеличился на 0,2% и составил 6,6 млн. рублей. В 2010 году запланирован такой же объем поступления денежных средств от оказания платных медицинских услуг.

В связи с развитием профилактического направления медицины, начиная с 2009 года, Окружной клинической больнице предоставляются бюджетные средства в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Так в 2009 году ОКБ г. Ханты-Мансийска предоставлено дополнительное финансирование в размере 9,5 млн. рублей. В рамках реализации данного проекта на территории Ханты-Мансийского автономного округа осуществлялась дополнительная диспансеризация работающих граждан и диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Так, на 2010 год запланировано поступление 24,6 млн. рублей на проведение дополнительной диспансеризации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», что составит 2,3% всех доходов Окружной больницы.

Таким образом, окружная клиническая больница города Ханты-Мансийска, как и другие учреждения здравоохранения субъектов РФ, финансируется из бюджетных и внебюджетных источников. Как и в других регионах здесь преобладает бюджетное финансирование, которое имеет ряд значительных недостатков. Доля средств ОМС стоит по значимости на втором месте, и этот вид финансирования является наиболее адекватным и перспективным. Остальная часть поступлений денежных средств обусловлена предпринимательской деятельностью, финансированием национальных проектов и финансированием оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

**3. Развитие финансового обеспечения системы здравоохранения**

**3.1 Основные проблемы финансирования учреждений здравоохранения**

На сегодняшний день существует ряд проблем финансового обеспечения здравоохранения:

* отсутствие адекватного разграничения между источниками финансирования;
* недостаточная доступность медицинских услуг для населения;
* тип финансирования не позволяет оценить эффективность использования средств, направляемых на нужды здравоохранения;
* отсутствие четкого механизма уплаты взносов за неработающее население.

Одной из основных причин существования этих проблем является многоканальность финансирования. Несмотря на то, что многоканальная система существует в ряде стран, тип финансирования, который сложился в России является не достаточно благополучным.

В отличие от Российского варианта многоканального финансирования системы здравоохранения, источники в развитых странах при многоканальном финансировании в той или иной степени дополняют друг друга. Тогда, как в России 2 источника (средства ОМС и бюджетные средства) носят взаимозамещающий характер.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» планировалось создание рыночного механизма взаимодействия между субъектами медицинского страхования с элементами конкуренции. Предполагалось, что производители медицинских услуг и страховые компании будут экономически заинтересованы в повышении качества медицинской помощи и эффективном использовании финансовых средств. Однако этого не произошло. Реформаторы не учли сложившейся социально-экономической и политической ситуации в стране.

Введение ОМС проходило в период продолжающегося экономического кризиса в условиях недостаточного финансирования, когда прописанные в законе экономические принципы не работают. Система ОМС не стала дополнительным источником финансовых средств. В условиях хронического недофинансирования всех бюджетополучателей ассигнования на здравоохранение повсеместно уменьшались на величину получаемых средств по линии ОМС.

Пятнадцатилетие реформ не привело к достижению изначально поставленных целей. До сих пор недостаточное финансирование здравоохранения сочетается с низкой эффективностью использования ресурсов и несбалансированностью структуры оказания медицинской помощи. Наблюдается нарушение декларируемых принципов социальной справедливости в вопросах доступности медпомощи, а уровень качества и культуры медицинского обслуживания населения не отвечает современным требованиям.

Практически с самого начала для ОМС были характерны:

* низкие тарифы страховых взносов;
* несовершенный учет и нестабильное финансовое положение плательщиков страховых взносов;
* неполное поступление в территориальные фонды платежей от органов исполнительной власти за страхование неработающего населения;
* использование средств ОМС для покрытия бюджетного дефицита и другие нецелевые расходы.

Приращения объемов финансирования не произошло. Наоборот, финансовые органы сокращали бюджетные ассигнования здравоохранению на сумму средств, которые планировали собрать фонды ОМС. Результатом стало формирование в обществе и медицинской среде весьма критического отношения к медицинскому страхованию. Застрахованные граждане не воспринимают всерьез такой документ, как полис обязательного медицинского страхования, который, в сущности, является подтверждением действия договора, другими словами гарантией об оплате медицинской помощи. Считая медицину «бесплатной», никто не заботится о том, чтобы быть застрахованным по ОМС, поэтому при обращении за медицинской помощью считают, что медицинская помощь должна быть оказана безотлагательно по первому требованию, независимо от того, есть ли у него действующий полис обязательного медицинского страхования или нет. Это мнение сформировано искусственно. Медицина не может быть бесплатной, она может гарантироваться государством в составе социальной политики, но оставаться при этом платной и довольно дорогой.

Метод сметного финансирования, применяемый при бюджетном финансировании, удобен финансовым органам. Он дает возможность контролировать направления их использования и быть уверенным, что выделенные средства не направлены, к примеру, на оплату труда или приобретение дорогостоящего оборудования в ущерб другим необходимым видам расходов. Но сметное финансирование обладает серьезными изъянами с точки зрения обеспечения эффективного использования ресурсов. Главный его недостаток связан с тем, что выделение средств осуществляется без увязки с результатами работы их получателей. Сметное финансирование не создает у учреждений стимулов к более рациональному использованию ресурсов и воспроизводит затратный тип хозяйствования.

Эти общие недостатки сметного финансирования с особой силой проявляются в ситуации, когда бюджетное финансирование клинической деятельности ЛПУ производится по двум каналам, предметы финансирования которых четко не разграничены. Средства на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи выделяются в дополнение к средствам, выделяемым на финансирование содержания учреждения в целом; также средства системы ОМС компенсирующие расходы на оплату труда с начислениями, медикаменты и другие расходные материалы, приобретение мягкого инвентаря и продуктов питания, дополняемые бюджетными средствами, выделяемыми на содержание ЛПУ в целом.

Существующая модель бюджетного финансирования учреждений является, по сути, моделью двойного финансирования их деятельности.

Сметное финансирование содержания ЛПУ и оказания ими высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляемой без увязки с результирующими показателями деятельности, имеет очень серьезный изъян в условиях, когда выделяемые совокупные бюджетные ассигнования недостаточны для возмещения затрат учреждений, необходимых для оказания медицинской помощи в объемах, соответствующих мощности этих ЛПУ. А именно такая ситуация имеет место в последнее десятилетие.

При введении системы ОМС в начале 90-х годов исходным замыслом было следующее разделение предметов бюджетного и страхового финансирования: за счет средств ОМС обеспечивается финансирование основной части первичной медицинской помощи (медицинской помощи первого уровня) и вторичной медицинской помощи (медицинской помощи второго уровня); за счет бюджетных средств обеспечивается финансирование части первичной медицинской помощи (иммунизация населения, скорая медицинская помощь), некоторые специализированные виды медицинской помощи второго уровня (стационарное лечение больных туберкулезом, психическими заболеваниями и др.) и медицинская помощь третьего уровня.

Реальная бюджетно-страховая система финансирования, сложившаяся к настоящему времени в нашей стране, существенно отличается от первоначального замысла, реализованного в законе о медицинском страховании. Средств, аккумулируемых в системе ОМС, недостаточно для оплаты всего объема первичной и вторичной медицинской помощи, установленного базовой программой ОМС. Это явилось результатом неполного введения ОМС и отсутствия закрепленных налоговых источников осуществления взносов на ОМС неработающего населения. В итоге первичная и вторичная медицинская помощь, включенная в программу ОМС, на практике финансируются из двух источников: средств ОМС и средств бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.

В некоторых субъектах РФ в системе ОМС оплата стационарной медицинской помощи осуществляется по тарифам за законченный случай лечения, дифференцированным по видам (нозологическим формам) заболеваний. Эти тарифы имеют две очень важные особенности.

Во-первых, согласно требованиям Федерального фонда обязательного медицинского страхования, средства ОМС могут использоваться только для возмещения расходов медицинских организаций по четырем статьям:

1) оплата труда;

2) начисления на оплату труда;

3) медицинские расходы (включая расходы на медикаменты, перевязочные материалы);

4) продукты питания.

Установление такого правила связано с тем, что средства, аккумулируемые в системе ОМС, недостаточны для возмещения затрат, необходимых для оказания медицинской помощи в объемах, предусмотренных базовой программой ОМС. На практике остальные виды затрат медицинских учреждений покрываются за счет средств бюджетов субъектов РФ. Соответственно значения устанавливаемых тарифов ОМС помощи отражают лишь часть затрат, необходимых для ее оказания.

Существующий механизм финансирования не обеспечивает прав граждан на бесплатное получение медицинской помощи. За счет имеющихся бюджетных средств можно обеспечить действительно бесплатное лечение для хотя бы части пациентов. Вместо этого выделяемые бюджетные средства фактически «размазываются» на всех пациентов, и с большинства из них требуют дополнительной оплаты.

Бюджетные средства покрывают немногим более половины расходов. А выделяются они на финансирование деятельности учреждения в целом. Такая модель бюджетного финансирование противоречит принципам обеспечения эффективного использования бюджетных средств и открывает возможности для теневых экономических отношений между персоналом и пациентами по поводу возмещения недостающих финансовых средств на лечение. Клиники должны либо перекладывать часть расходов на пациентов, либо снижать эффективность использования имеющегося коечного фонда. На практике имеет место и то, и другое.

Сметное финансирование прямо противоречит задаче обеспечения эффективного использования бюджетных средств, если размер выделяемых средств не покрывает всех расходов бюджетополучателей и не связан с результирующими показателями их деятельности. Для решения указанной задачи нужно отказаться от сметного финансирования и внедрить иной механизм финансирования учреждений здравоохранения, обеспечивающий прямую увязку и сбалансированность размеров ассигнований и объемов медицинской помощи, которую эти учреждения должны оказать, используя эти средства.

Главным экономическим инструментом при этом становится тариф на медицинские услуги. При этом сначала рассчитывается стоимость простых медицинских услуг, а затем на этой основе устанавливается стоимость нозологической формы пролеченного больного по сложившимся в каждом учреждении здравоохранения протоколам ведения больных.

Тарифы должны обеспечивать возмещение всех видов издержек, необходимых для оказания соответствующей медицинской.

Внедрение нового механизма финансирования учреждений здравоохранения позволит получать данные о затратах и результатах их деятельности, которые будут соотносимы друг с другом.

Испытывая трудности с управлением системой здравоохранения, финансируемой из нескольких источников, отдельные субъекты РФ предпринимают попытки «скорректировать» (как правило, посредством неформальных договоренностей и процедур) разграничение расходных обязательств между бюджетами и системой ОМС. Наиболее распространенный вариант такой «корректировки» – посредством недофинансирования платежей на ОМС неработающего населения и перераспределения «высвобождающихся» средств в пользу прямого бюджетного финансирования. По данным ФФОМС, в 2001 г. в 63 регионах фактические поступления средств на ОМС неработающего населения были ниже сумм, утвержденных в бюджетах ТФОМС, а в 19 из них фактические поступления составили менее 60% годовых назначений.

Помимо этого, неформальная «корректировка» законодательно установленного разграничения расходных обязательств между бюджетами и системой ОМС происходит не только посредством количественного перераспределения финансовых ресурсов, но и путем изменения объектов разграничения, т.е. содержания самих расходных обязательств. Если действующее законодательство предполагает разграничение финансирования территориальной программы государственных гарантий в основном по видам и объемам медицинской помощи (и отчасти – по статьям экономической классификации), то на практике во многих регионах между бюджетами и системой ОМС разграничиваются преимущественно виды затрат ЛПУ, иными словами, статьи экономической классификации. Как правило, за счет средств бюджетов в учреждениях здравоохранения финансируется полностью или в значительной степени заработная плата с начислениями (которая должна софинансироваться за счет средств бюджетов и ОМС пропорционально объемам помощи по ТПОМС и по мероприятиям бюджета) и оплата коммунальных услуг, за счет средств ОМС – медицинские расходы и продукты питания. Такое разграничение расходных полномочий имеет несколько причин: приоритетность расходов на заработную плату работникам бюджетной сферы способствует закреплению этой статьи расходов (а также начислений на оплату труда) за бюджетами; централизация расчетов за поставки энергоресурсов, практикуемая во многих регионах, обуславливает включение оплаты коммунальных услуг целиком в обязательства бюджетов; наконец, финансирование одних и тех же статей расходов за счет разных источников пропорционально объемам медицинской помощи видится работникам ЛПУ обременительной обязанностью, поскольку это усложняет учет и отчетность.

Такое перераспределение расходных полномочий приводит к деформации всей системы ОМС и ее ключевого принципа, согласно которому финансируется не содержание медицинского учреждения, а оплачивается объем оказанной населению медицинской помощи. В условиях прямого бюджетного финансирования (по смете расходов) объем средств, получаемых ЛПУ не зависит напрямую от объемов оказанной ими помощи. Необходимо признать, что система ОМС обладает более развитым набором инструментов (оплата счетов ЛПУ по тарифам на медицинские услуги) и институтов (СМО, обеспечивающие независимую экспертизу качества медицинской помощи и защиту прав застрахованных), позволяющим ей выполнять функции покупателя услугЛПУ.

Кроме того, само стремление органов местного самоуправления сократить платежи на ОМС неработающего населения и направить больше средств напрямую ЛПУ в большинстве случаев обусловлено желанием учредителя обеспечить содержание подведомственных ЛПУ, в том числе – с сохранением избыточных мощностей.

Во-вторых, перераспределение расходных обязательств и финансовых ресурсов в пользу бюджетов сокращает возможности для устранения конфликта интересов между областными органами государственной власти и органами местного самоуправления. Как показывает практика, орган управления здравоохранением заинтересован в оптимизации структуры медицинской помощи и сети ЛПУ в целях достижения стратегических целей развития отрасли, в то время как органы местного самоуправления преследуют собственные интересы, противоречащие стратегическим целям государственной политики, и стремятся сохранить наличную сеть и штаты бюджетных учреждений. Автономия органов местного самоуправления не позволяет региональным властям административно вмешиваться в деятельность муниципальных систем здравоохранения. В то же время территориальные фонды ОМС и страховщики обладают экономическими рычагами влияния на объемы и структуру медицинской помощи, предоставляемой муниципальными ЛПУ. Поэтому увеличение доли финансовых ресурсов здравоохранения, распределяемых по каналам ОМС, и формализация процесса межбюджетного регулирования на основе прозрачной методики выравнивания подушевой бюджетной обеспеченности могли бы побудить органы местного самоуправления содействовать структурной перестройке отрасли.

В-третьих, большая часть описанных выше попыток изменить разграничение расходных обязательств противоречит федеральному законодательству, на что постоянно указывают проверки ФФОМС и Счетной палаты РФ.

С течением времени медицинские услуги становятся все менее доступными. Как показывает практика, зачастую для того, чтобы ускорить процесс лечения, пациентам приходится платить деньги.

По данным всероссийского исследования, проведенного фондом «Общественное мнение», 42% россиян за последний год платили за медицинские услуги. Причем 34% – в государственных медучреждениях, и лишь 11% – в частных. Бесспорно, у государственной системы есть свои достоинства. К ним можно отнести профилактику заболеваний, оказание помощи незащищенным слоям населения и другие направления охраны здоровья граждан. К недостаткам государственной системы относят ее неэффективность, что четко выражается в социально-экономических показателях: росте смертности и заболеваемости, устаревающем оборудовании, уходе средств в теневой оборот (по данным Центра социальных исследований Академии государственной службы при Президенте РФ – до 150 млрд. руб. в год).

Необходимо также сделать особый акцент на несовершенстве законодательной базы при определении источника оплаты медицинской помощи неработающему населению. Те, кто по каким-либо причинам не работает, составляют более 60% населения страны, а потребляют 2/3 всей медицинской помощи.

За неработающее население страховые взносы на ОМС обязаны платить органы исполнительной власти с учетом объемов территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. Перечисление средств в территориальные фонды ОМС должно осуществляться по нормативу на неработающее население, который устанавливается исходя из стоимости территориальной программы ОМС. Если для страхователей – хозяйствующих субъектов тарифы устанавливаются Налоговым кодексом, то для органов исполнительной власти нормативных документов по расчету платежей на ОМС неработающего населения не существует. Расчет взносов производится по остаточному принципу исходя из нормативов, самостоятельно устанавливаемых в каждом субъекте РФ.

В Законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» обозначен только плательщик взносов на страхование неработающих граждан, однако не определен размер взносов, не расписан механизм уплаты, не обозначена мера ответственности за неуплату этих взносов. То есть имеются все предпосылки для того, чтобы закон в этой части можно было не исполнять или делать видимость его исполнения.

Федеральное правительство в качестве одного из приоритетных направлений реформирования здравоохранения определило постепенный переход от бюджетно-страховой системы финансирования отрасли к страховой. Такой переход будет способствовать более эффективному обеспечению конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Для этого необходимо:

* включить в структуру тарифа на медицинские услуги в системе ОМС все статьи расходов, за исключением капитального ремонта и приобретения наиболее дорогостоящего оборудования (данный вид расходов должен производиться за счет бюджетных средств);
* критически пересмотреть перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемых за счет бюджетов, с целью передачи части этих обязательств в систему ОМС (например, финансирование профилактической работы);
* повысить подушевой норматив платежей на ОМС неработающего населения для обеспечения сбалансированности возросших расходных обязательств и финансовых ресурсов системы ОМС, а также обеспечить исполнение бюджетных назначений по данному виду расходов. В данном случае речь идет не об увеличении расходных обязательств бюджетов, а о перераспределении части средств в пользу страхования неработающего населения за счет прямых бюджетных расходов на содержание ЛПУ.

Таким образом, в идеале финансовое обеспечение ТПГГ должно осуществляться преимущественно (на 70–80%) за счет средств ОМС. Большая часть финансовых ресурсов должна поступать в ЛПУ в форме оплаты медицинских услуг по ценам (т.е. тарифам), обеспечивающим компенсацию всех переменных и большей части условно-постоянных издержек на оказание соответствующей единицы помощи. Напрямую из бюджетов следует финансировать капитальный ремонт, приобретение дорогостоящего оборудования, распределение которого действительно требует централизованного планирования, а также узкий круг социально опасных заболеваний, образовательных и научных программ. При необходимости централизации закупок лекарств и медицинской техники главврачи могут объединиться между собой или на договорной основе делегировать право таких закупок органам управления здравоохранением или страховым компаниям.

Безусловно, перераспределение финансовых ресурсов и расходных обязательств в пользу страхового сегмента системы само по себе не решает задачи повышения эффективности общественных расходов на здравоохранение. Данное направление реформирования может и должно осуществляться согласованно с другими мероприятиями – пересмотром государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи, реструктуризацией сети ЛПУ, совершенствованием методов оплаты медицинской помощи, развитием координации деятельности органов управления здравоохранением на региональном и местном уровнях и территориальных фондов ОМС.

Многоканальность финансирования здравоохранения снижает управляемость отрасли и создает трудности в осуществлении контроля над рациональным и целевым расходованием средств и качеством оказания медицинской помощи.

В «Основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2012 г.» предусмотрено увеличение доли средств обязательного медицинского страхования в финансировании здравоохранения к 2012 г. до 70%. Указом Президента РФ от 28.06.2007 №825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» доля средств ОМС в расходах консолидированного бюджета субъекта введена в перечень показателей оценки эффективности деятельности губернаторов.

Переход к преимущественно одноканальной форме финансирования здравоохранения предполагает, что основная часть средств будет направляться из системы ОМС, при этом оплата медицинской помощи будет осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг.

Одноканальное финансирование обладает рядом преимуществ. Во-первых, оно обеспечит финансирование всей медицинской помощи в полном объеме с учетом реальных затрат. В настоящее время тарифы в системе ОМС формируются на основе планируемых объемов медицинской помощи и выделяемого финансирования. Одноканальное финансирование позволит заменить данный подход расчетом стоимости лечения по законченному случаю по стандартам медицинской помощи. Переход к оплате за проделанную работу приведет к изменению структуры и качества самой медицинской помощи.

Во-вторых, одноканальное финансирование нацелено на обеспечение принципа экстерриториальности, т.е. доступности медицинских услуг для всех граждан РФ независимо от места жительства.

Существующая значительная дифференциация обеспеченности территориальных программ государственных гарантий по субъектам РФ определяет различный уровень доступности и качества оказываемой медицинской помощи. Экстерриториальность и равнодоступность медицинской помощи при переходе на одноканальное финансирование будут обеспечиваться введением единых федеральных стандартов оказания стационарной медицинской помощи и подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

В-третьих, переход на одноканальное финансирование позволит повысить эффективность расходования бюджетных средств в системе здравоохранения, что особенно актуально в сложившихся экономических условиях.

**3.2 Опыт применения модели одноканального финансирования учреждений здравоохранения в рамках пилотных проектов**

По мнению большинства специалистов, существующая система ОМС не справляется с решением возложенных на нее задач улучшения состояния здоровья нации. Необходимость формирования новой нормативной правовой базы в области обязательного медицинского страхования граждан России становится все более актуальной задачей. Все те принципы, которые были заложены в эту систему, в условиях дефицита средств просто не срабатывают: по стимулированию врачей в оказании качественной и эффективной медицинской помощи, не оказывают влияния на сдерживание неформальных соплатежей за медицинскую помощь и не обеспечивают реализации прав граждан на выбор врача и лечащей организации в тем случаях, когда это действительно оправдано с медицинской и социальной точки зрения.

В 2007–2008 гг. в 19 субъектах РФ осуществлялся пилотный проект, основными направлениями которого были:

– перевод учреждений здравоохранения субъектов РФ на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. Внедрение одноканального финансирования происходило в 12 субъектах РФ;

– введение в стационаре механизма оплаты медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи, с объемов оказанной помощи с учетом конечного результата. Данный механизм отрабатывался в 14 субъектах РФ;

– внедрение элементов частичного аккумулирования средств на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения (частичное фондодержание) путем финансирования по подушевому нормативу с созданием системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов. Внедрение происходило в 11 субъектах РФ;

– реформирование оплаты труда медицинских работников с учетом объема и качества оказанной медицинской помощи. Мотивационная система оплаты труда медицинских работников отрабатывалась в 14 регионах;

– совершенствование учета объемов оказанной медицинской помощи (введение системы персонифицированного учета) в системе обязательного медицинского страхования. Персонифицированный учет объемов оказанной помощи отрабатывался практически во всех субъектах, 18 субъектов его реализовывали.

В пилотном проекте приняли участие 30% всех лечебно-профилактических учреждений в 19 субъектах РФ, которые работают в системе обязательного медицинского страхования.

Организационная схема финансирования пилотного проекта состояла в следующем: 5,4 млрд. руб. направлялись из федерального бюджета в Федеральный фонд медицинского обязательного страхования, а затем – в бюджеты территориальных фондов. Кроме того, в бюджетах субъектов РФ – участников пилотного проекта предусматривались средства на его софинансирование в размере около 3 млрд. руб. В ходе реализации пилотного проекта отрабатывались механизмы консолидации средств бюджетов всех уровней в системе ОМС и было достигнуто, в среднем, соотношение средств ОМС и бюджета 58% к 42%.

В соответствии с Правилами финансирования в бюджеты участников пилотного проекта направлялось дополнительно 25% от суммы счетов за оказанную медицинскую помощь. При этом определялась только доля расходов на оплату труда медицинских работников, участвовавших в оказании медицинской помощи (в размере не ниже 40%). Остальные направления расходов – обеспечение медикаментами, медицинским оборудованием, инвентарем, изделиями медицинского назначения – субъекты определяли самостоятельно.

Введение одноканального финансирования предполагает поэтапный переход на полный тариф оплаты медицинских услуг. В субъектах РФ, участвовавших в реализации пилотного проекта, наблюдалось повышение тарифа обязательного медицинского страхования сверх пяти «защищенных» статей в среднем на 12%. Причем, наряду с приобретением медицинского оборудования, расширение тарифа происходило по статьям, связанным с содержанием медицинских учреждений.

Пилотный проект предполагал также внедрение механизма финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи и с учетом ее качества. Целью внедрения стандартов является обеспечение равных прав граждан на получение качественной медицинской помощи независимо от места ее оказания на всей территории РФ. Внедрение федеральных стандартов поставило, кроме того, вопрос о единообразии оснащения лечебных учреждений.

В ходе реализации пилотного проекта совершенствовались подходы к оплате амбулаторно-поликлинических услуг. Если для стационаров основным способом оплаты был выбран федеральный стандарт, то для поликлиник – подушевой норматив финансирования на прикрепленное население. Финансирование по подушевому нормативу предполагает две модели.

Первая модель: поступление в виде подушевого финансирования только на собственную деятельность поликлиники, ее мотивация к профилактической работе, отслеживанию уровня госпитализации своего населения и аккумулированию всех сэкономленных средств (при сохранении качественных показателей) в самой поликлинике.

Вторая модель: фондодержание, т.е. способ финансирования, при котором подушевой норматив включает средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения и дополнительные средства для взаиморасчетов за медицинские услуги, оказанные прикрепленным гражданам в других учреждениях.

Элементы частичного фондодержания внедряли 11 субъектов РФ. Амбулаторно-поликлиническим учреждениям выделялся дифференцированный подушевой норматив финансирования, который включал средства, обеспечивающие собственную деятельность амбулаторно-поликлинического учреждения, оплату консультативной и лечебно-диагностической деятельности, а также дополнительные финансовые средства для возмещения расходов на плановую стационарную и стационарозамещающую помощь, оказанную гражданам, застрахованным по ОМС и прикрепленным к амбулаторно-поликлиническому учреждению. При этом данный норматив претерпел существенные методологические изменения, поскольку появился дополнительный набор коэффициентов, который позволил дифференцировать подушевой норматив: половозрастная структура, отдаленность территорий, участков, коэффициент урбанизации.

Основными задачами введения системы фондодержания на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений являются:

– стимулирование расширения объема деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения;

– стимулирование координирующей деятельностей врачей первичного звена (участковых врачей и врачей общей практики);

– сдерживание затратного механизма оказания медицинской помощи;

– стимулирование профилактической направленности работы первичного звена.

Внедрение нового способа оплаты амбулаторной медицинской помощи на основе подушевого финансирования позволило создать условия для укрепления финансово-экономической деятельности ЛПУ, что сопровождалось увеличением оплаты 1 койко-дня на 34,8% и 1 посещения – на 70,2%.

Кроме того, субъекты РФ, принимавшие участие в пилотном проекте, осуществляли реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов. Это производилось посредством включения дополнительных выплат к базовой ставке, ежегодно индексируемой и направленной на обеспечение заинтересованности медицинских работников в улучшении качества оказываемых ими медицинских услуг.

Оплата труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов предполагает выплаты компенсационного характера с применением повышающих коэффициентов и выплаты стимулирующего характера. Выплаты компенсационного характера предполагают применение коэффициентов, отражающих условия работы медицинского персонала, их квалификацию, а также коэффициент качества, учитывающий конечные результаты деятельности медицинских работников. Выплаты стимулирующего характера направлены на оплату видов работ, не входящих в должностные обязанности, они имеют как регулярный, так и разовый характер.

По данным территориальных фондов ОМС, принимавших участие в пилотном проекте, была доказана эффективность одноканального финансирования. Об этом свидетельствуют показатели увеличения размера подушевого финансирования, сокращение количества обоснованных жалоб населения на качество медицинской помощи, на взимание платы за лекарственное обеспечение и за помощь, оказанную по программам ОМС в медицинских организациях. Внедрение преимущественно одноканального финансирования здравоохранения позволяет реализовать механизмы экономической заинтересованности, способствует расширению ресурсосберегающих технологий и рациональному использованию имеющихся финансовых средств.

Позитивный опыт реализации пилотного проекта лег в основу изменений, готовящихся в настоящее время для внесения в законодательные акты. Они призваны преобразовать систему обязательного медицинского страхования в России.

**3.3 Основные проблемы финансирования учреждений здравоохранения на примере ОКБ г. Ханты-Мансийска и возможные пути их решения**

Окружная клиническая больница г. Ханты-Мансийска, как и другие учреждения здравоохранения, имеет несколько источников финансирования.

Проблемы существующие в финансировании системы здравоохранения нашли свои проявления и в финансировании ОКБ:

* недостаточная оценка эффективности использования денежных средств;
* недостаточное перечисление средств органами исполнительной власти за неработающее население, а вследствие этого недостаточное количество денежных средств в системе ОМС на оплату медицинской помощи
* отсутствие четкого разграничения между источниками финансирования;
* потеря средств обязательного медицинского страхования в связи с оказанием медицинской помощи незастрахованным по ОМС гражданам;
* потеря средств ОМС в результате проведения экспертиз со стороны страховых компаний
* применение неполных тарифов ОМС для оплаты при оказании медицинских услуг военнослужащим и членам их семей;

Основным источником финансирования окружной больницы в настоящее время являются бюджетные средства, которые составляют 77,8% всех доходов ОКБ, при доле средств ОМС 16,1%. Таким образом, лишь 16,1% денежных средств поступало в результате оплаты по законченному случаю, соответственно лишь по этим средствам можно было проследить эффективность их использования, что и было осуществлено окружным фондом ОМС и Департаментом здравоохранения ХМАО. В этом случае можно говорить об эффективном использовании предоставленных денежных средств, в объеме только 16,1% средств.

В ХМАО, как и в остальных субъектах РФ, в 2010 соотношение доходов ОФОМС по взносам в отношении категорий работающих и неработающих граждан составляет 82 и 18% соответственно, тогда как соотношение численности работающего и неработающего населения составляет 55 и 45% соответственно. В связи с недостатком средств отчисляемых на ОМС, окружной фонд не имеет возможности применять для оплаты случаев оказанной медицинской помощи «полные тарифы». Поэтому системой ОМС в ХМАО компенсируются расходы на оказание медицинской помощи только по 5 статьям. Безусловно, переход на одноканальное финансирование не может окончательно разрешить данную проблему. Необходимо принятие соответствующих нормативных актов, регламентирующих порядок уплаты страховых взносов за неработающее население.

Также переход на одноканальное финансирование позволит решить проблему нечеткости разграничения источников финансирования здравоохранения, и проблему контроля за использованием предоставляемых по ОМС средств.

Потери средств ОМС вследствие оказания медицинской помощи незастрахованным гражданам в 2009 году составили 1 388 тысяч рублей. Данные потери происходят ежегодно примерно в указанном объеме. Данная проблема со стороны окружной больницы может быть решена приобретением планшетных копировальных аппаратов, в этом случае возможно предоставление копий документов предъявленных пациентом в страховую компанию, которая не обеспечила изъятие полиса ОМС при его аннулировании. Ответственность за наличие у пациента не действительного полиса, указанная в самом полисе дата окончания действия которого еще не наступила, должна нести страховая медицинская организация, аннулировавшая полис ОМС без его изъятия, а не лечебно-профилактическое учреждения. Соответственно, медицинское учреждение должно представлять доказательства вышеуказанного случая в страховую компанию для получения средств за оказанную медицинскую помощь.

Для решения данной проблемы необходимо приобретение 4 копировальный аппаратов для приемного отделения стационара, регистратуры амбулаторно-поликлинической службы, регистратур детской поликлиники и женской консультации. Средняя стоимость 1 копировального аппарата составляет 25 тысяч рублей. Для предъявления в страховую компанию необходимо изготовление копий паспорта и полиса, т.е. 2 листа бумаги формата А4. В городе Ханты-Мансийске проживает 70 тысяч населения. На изготовление копий документов необходимо затратить 135 тысяч рублей. При этом будут исключены ежегодные потери в размере 2,5 млн. рублей.

Со стороны страховых компаний ежемесячно проводится ряд экспертиз оказания медицинской помощи. Страховщики производят оплату счетов после проведения данных экспертиз с уменьшением оплаты случаев признанных дефектами. Необходимо также отметить следующее: несмотря на то, что в результате проведения страховыми компаниями различного рода экспертиз, больница недополучила за 2009 год 7 760 149 рублей, есть и определенные положительные моменты. Экспертизы проводимые специалистами страховых компаний, указывают на слабые стороны лечебной и отчетной работы сотрудников ОКБ, что позволяет улучшать качество оказания медицинских услуг и обслуживание населения. Даже незначительный размер софинансирования заработных плат сотрудников повышает мотивацию медицинского персонала больницы. Соотношение бюджетных средств и средств ОМС, используемых для оплаты труда сотрудников больницы, в 2009 году составило 20:1.

При переходе на одноканальное финансирование, заработная плата персонала будет напрямую зависеть от средств ОМС. Экспертиза со стороны страховых компаний будет проводится с учетом более жестких требований. В этом случае медицинский персонал будет в большей степени заинтересован в качестве оказываемых услуг. Таким образом, возрастет заинтересованность в качестве предоставляемых услуг, даже в условиях отсутствия достаточного уровня конкуренции на рынке медицинских услуг. Данная задача является очень актуальной в таких отдаленных от центра территориях, как Ханты-Мансийский автономный округ, где плотность населения является одной из самых низких в Российской Федерации.

Кроме того, больнице необходимо пересмотреть порядок предоставления медицинских услуг в рамках Постановления Правительства РФ от 31.12.2004. №911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей». В настоящее время медицинская помощь в рамках указанного Постановления оказывается по тарифам, применяемым в системе обязательного медицинского страхования. Но эти тарифы возмещают лишь часть затрат больницы в процессе обследования и лечения военнослужащих и членов их семей.

При оказании платных медицинских услуг используются тарифы, утвержденные комиссией по тарифам и сборам. Данные тарифы значительно выше тарифов, используемых при осуществлении обязательного медицинского страхования.

Данные таблицы 3.3.1 наглядно иллюстрируют разницу некоторых из указанных тарифов.

Таблица 3.3.1. Стоимость медицинских услуг в рамках ОМС и платных услуг

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование услуги** | **Тариф по ОМС, руб.** | **Тариф платных услуг, руб.** |
|
| Бронхоскопия диагностическая | 461,52 | 1221 |
| УЗИ суставов конечностей | 82,74 | 227 |
| Узи грудной полости | 82,00 | 246 |
| Эхокардиография | 129,15 | 321 |
| Узи сердца | 153,96 | 382 |
| Уздг брахиоцефальных сосудов | 184,05 | 504 |
| Цветное доплеровское картирование почечных артерий | 357,82 | 736 |
| Уздг вен конечностей | 186,89 | 612 |
| Узи печени и желчного пузыря | 81,09 | 257 |
| Узи органов брюшной полости и забрюшинного пространства | 197,80 | 396 |
| Узи щитовидной железы | 69,95 | 206 |
| Узи при беременности | 77,61 | 197 |
| Мрт шейного отдела позвоночника и спинного мозга | 262,49 | 517 |
| Мрт сустава | 352,64 | 708 |
| Снятие экг в 12-ти стандартных отведениях | 84,42 | 241 |
| Велоэргометрия | 263,34 | 636 |
| Холтеровское мониторирование экг | 359,42 | 712 |
| Электроэнцефалография (ээг) | 180,83 | 504 |
| Мрт головного мозга | 352,64 | 694 |
| Компьютерная томография придаточных пазух носа без контраста | 200,11 | 423 |
| Рентгенография кисти в 2-х проекциях | 100,36 | 367 |
| Флюорография грудной клетки обычная в 2-х проекциях | 46,81 | 215 |
| Общий анализ крови (5 показателей: hb, лейкоциты, соэ, эритроциты, лейкоцитарная формула) | 95,53 | 177 |
| Исследование уровня общего гемоглобина | 62,15 | 125 |
| Исследование уровня свободного тироксина (т4) иммунофлюоресцентным методом | 82,42 | 226 |
| Ифа кортизол | 35,44 | 152 |
| Резус-антитела | 41,06 | 245 |
| Исследование на описторхоз | 46,08 | 125 |
| Проба реберга | 42,63 | 156 |
| Биохимическое исследование крови-ревмопробы (срб, asl-o, ревмофактор-рф) | 391,73 | 847 |

В среднем стоимость платных услуг превышает стоимость услуг по ОМС в 2,44 раз. Таким образом, окружная больница за 2009 год недополучила 1 078 877 рублей за медицинскую помощь, оказанную военнослужащим и членам их семей, что составляет 15,6% средств от осуществления предпринимательской деятельности или 0,11% всех доходов больницы.

В финансировании учреждений здравоохранения существует ряд проблем, вследствие которых финансирование оказывается не достаточно эффективным. Введение одноканального финансирования может помочь в решении этих проблем. Но оно не может полностью и окончательно решить проблему недофинансирования отрасли.

Одноканальное финансирование должно решить следующие задачи:

* Увеличить объемы финансирования здравоохранения, ликвидировав дефицит Программы государственных гарантий по обеспечению населения РФ бесплатной медицинской помощью.
* Отработать механизмы оплаты медицинской помощи, способствующие повышению ее качества и доступности.
* Отработать механизмы оплаты труда медицинского персонала, обеспечивающие его заинтересованность в повышении качества и доступности оказываемой медицинской помощи.
* Восстановить управляемость отраслью на основе единых организационных и финансовых принципов.

Необходимо также заметить, что переход на одноканальное финансирование не предполагает того, что финансирование будет осуществляться только через систему ОМС, средства обязательного медицинского страхования должны представлять основной, но не единственный канал финансирования учреждений здравоохранения. Главной опасностью при переводе отрасли на одноканальное финансирование через систему ОМС является высокая вероятность того, что ОМС станет бюджетозамещающей технологией, а здравоохранение так и не получит дополнительных ресурсов.

Чтобы переход на одноканальное финансирование действительно сопровождался увеличением объемов ресурсного обеспечения отрасли необходимо пошаговое решение проблем:

* Ликвидация дефицита платежа на неработающее население в Программе ОМС.
* Ликвидация дефицита в статьях расходов на здравоохранение в бюджете субъекта Федерации.
* Ликвидация дефицита в статьях расходов на здравоохранение городских округов и муниципальных районов.

И только после этого имеет смысл объединять каналы финансирования. В противном случае высока вероятность того, что все имеющиеся ресурсы будут поступать через единственный канал финансирования, но вопрос их значимого увеличения останется не решенным. Безусловно, что даже простое объединение ресурсов позволит их более рационально использовать, особенно при введении единого способа оплаты медицинской помощи, но не решит вопроса недофинансирования отрасли.

**Заключение**

Здоровье нации как одна из важнейших сфер, определяющих качество жизни граждан, вошло в число приоритетных направлений социально-экономической политики российского Правительства.

В современных условиях финансирование отечественного здравоохранения требует тщательного переосмысления с позиции дополнительного привлечения финансовых средств и их эффективного использования. Неофициальные соплатежи населения не могут рассматриваться как жизнеспособное решение данной проблемы. Сегодня необходим переход на экономические методы управления медицинскими организациями с целью вывода значительной доли финансирования медицинских организаций из «тени».

В современных условиях существует целый ряд проблем финансирования учреждений здравоохранения, основной из которых является проблема недостаточности финансирования за счет средств бюджета, перекликающаяся с отсутствием четкого разграничения расходов между отдельными источниками и с бюджетным финансированием по остаточному принципу. И ряд других менее значительных проблем, которые в основном прорисовываются в отдельных учреждениях. Так, в Окружной Клинической Больнице города Ханты-Мансийска дополнительно теряется достаточное количество средств за счет оказания медицинской помощи незастрахованным по ОМС гражданам, которые подлежат обязательному медицинскому страхованию, или в силу личных причин не могут гарантировать легитимность своего полиса. Достаточное количество средств теряется за счет неоправданного применения тарифов ОМС при оказании медицинской помощи военнослужащим и членам их семей. И третьим из дополнительных причин потерь средств является потеря 3% средств ОМС при оказании медицинской помощи не удовлетворяющей по качеству экспертов страховых компаний.

Проанализировав проблемы бюджетного и внебюджетного финансирования на примере конкретного лечебно-профилактического учреждения, можно сделать вывод о целесообразности перевода отрасли на одноканальное финансирование за счет средств обязательного медицинского страхования. Одноканальное финансирование здравоохранения в данном случае представляет собой такую систему финансирования отрасли, когда ресурсы поступают в нее преимущественно по одному каналу, роль которого выполняет система обязательного медицинского страхования.

Бюджетный вариант финансирования здравоохранения функционирует на принципах командно-административного типа экономики. Переход к страховой медицине способствует внедрение рыночных принципов в эту часть социальной сферы общества. Нужен переход от «реформирования» к планомерному развитию всей системы медицинской помощи в стране с выделением приоритетных направлений, в которые и надо инвестировать основные финансовые ресурсы.

Однако одномоментный переход к одноканальному финансированию не способен в полной мере решить проблему дефицита средств в бюджетных учреждениях здравоохранения. Одноканальное финансирование не предполагает наличие единственного источника средств. Чтобы обеспечить оптимальный уровень финансирования здравоохранения нужно сочетать различные источники оплаты оказываемой медицинской помощи, в том числе развивать систему ДМС и использовать средства, получаемые от предпринимательской деятельности.

**Список использованной литературы**

1. Конституция Российской Федерации: официальный текст. – М.: ОМЕГА-Л, 2002. – 40 с.
2. Бюджетный кодекс РФ: по сост. на 1 июня 2005 г.: официальный текст. – М.: Проспект, 2005. – 207 с.
3. Налоговый кодекс Российской Федерации: части первая и вторая: по сост. на 15 февраля 2007 г. – М.: Проспект, 2007. – 656 с.
4. Закон РФ от 28.06.1991 №1499–1 (ред. От 23.12.2003) «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
5. Закон Российской Федерации от 27 октября 1992 г. №4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».
6. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан Российской Федерации от 22 июля 1993 г. №5487–1.
7. Федеральный закон от 24.07.2009 №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования».
8. Федеральный Закон от 24.06.2009 года №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный Фонд Российской Федерации, Фонд Социального страхования Российской Федерации, Федеральный Фонд Обязательного Медицинского страхования и Территориальные Фонды Обязательного Медицинского страхования»
9. Закон Ханты-Мансийского автономного округа – Югры о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам российской федерации бесплатной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2009 год от 12 мая 2009 года №72-ОЗ
10. Закон Ханты-Мансийского автономного округа – Югры о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам российской федерации бесплатной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2010 год от 19 декабря 2009 года №235-ОЗ
11. Положение О порядке оплаты медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на территории ханты-мансийского автономного округа утвержденное Решением окружной комиссии по согласованию тарифов на медицинские услуги от 29 января 2009 года №45.
12. Постановление Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» от 02 октября 2009 года №811
13. Постановление Правительства РФ «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год» от 05 декабря 2008 года №913
14. Постановление Правительства РФ «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей» от 31.12.2004. №911.
15. Постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Об окружной комиссии по согласованию тарифов на медицинские услуги» от 14 января 2009 года №3-П
16. Авксентьев, В. Дать всем все бесплатно нельзя / В. Авксентьев, А. Цыганов, Л. Шолпо // Кадровик. Кадровый менеджмент. – 2007. – №4. – с. 48–53.
17. Александрова, О.Ю. Организационно-правовые проблемы реализации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования / О.Ю. Александрова В.В. Мадьянова А.П. Столбов // Здравоохранение. – 2009. – №9. – с. 157–164.
18. Архипов, А.П. Страховое дело: учебно-методический комплекс / А.П. Архипов, А.С. Адонин. – М.:Изд.центр ЕАОИ, 2008. – 424 с.
19. Аюшиев, А.Д. Развитие системы финансирования лечебно-профилактических учреждений / А.Д. Аюшиев // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. -2005. – №18. – С. 9–16.
20. Бабич, А.М. Государственные и муниципальные финансы / А.М. Бабич, Л.Н. Павлова. – М.: – ЮНИТИ. – 2002. – 687 с.
21. Балабанов, И.Т. Страхование / И.Т. Балабанов, А.И. Балабанов. – СПб: Питер. – 2003.-256 с.
22. Бевеликова Н.М. Правовой мониторинг в сфере здравоохранения / Н.М. Бевеликова // Медицинское право. – 2008. – №4. – с. 3–9.
23. Габуева Л.А. Разработка финансовой модели деятельности лечебно-профилактического учреждения при переходе к одноканальному финансированию здравоохранения / Л.А. Габуева, Н.Д. Захарченко, В.Н. Мартынов // Экономика здравоохранения. – 2009. – №10. – С. 5–15.
24. Гвозденко А.А. Страхование: учеб. / А.А. Гвозденко – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект. – 2006. – 464 с.
25. Дробозина Л.А. Финансы. Денежное обращение. Кредит / Л.А. Дробозина, Л.П. Окунева, Л.Д. Андросова. – М.: Финансы. – 1999. – 476 с.
26. Зенина Л.А. Экономика и управление в здравоохранении / Л.А. Зенина. – М.: издат. центр «Академия», 2008.-205 с.
27. Иванова М.С. Финансирование системы здравоохранения / М.С. Иванова // Законодательство и экономика. -2003. – №12.-с. 78–83.
28. Князева Е.Г. Страхование как общественная категория. Метод. материал. / Е.Г. Князева. – Екатеринбург, «Уралсистем-консалтинг». – 1993.-198 с.
29. Коломин Е.В. О социальных приоритетах развития страхования / Е.В. Коломин // Финансы. – 2008. – №9.-с. 58–61.
30. Комаров Ю.М. Стратегия развития здравоохранения в РФ / Ю.М. Комаров // Здравоохранение. – 2008. – №2. – с. 53–62.
31. Лопатенков Г.Я. Медицинское страхование и платные услуги / Г.Я. Лопатенков. – Издательство BHV-Санкт-Петербург: – 2005 г. – 160 с.
32. Мамедова С. Основные системы финансирования здравоохранения / С. Мамедова // Финансы. -2005. – №4. – с. 68–70.
33. Панков Д.А. Анализ хозяйственной деятельности бюджетных организаций: учебное пособие / под общ. ред. Д.А. Панкова, Е.А. Головковой. – 2-е изд., испр. – М.: Новое знание, 2003. – 409 с.
34. Рейхарт Д.В. Система обязательного медицинского страхования: актуальные вопросы и перспективы развития / Д.В. Рейхарт // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2008. – №5. – с. 22–29.
35. Соловьев, А.К. Проблемы развития государственного страхования в условиях переходной экономики / А.К. Соловьев // Вестник ПФР – 2003. – №2. – с. 31–48.
36. Сплетухов Ю.А. Страхование: учеб. пособие / Ю.А. Сплетухов, Е.Ф. Дюжиков. – М.:ИНФРА-М. – 2006. – 311 с.
37. Татарников М.А. Краткий обзор экономических реформ Российского здравоохранения / М.А. Татарников // Экономика здравоохранения. – 2006. – №2. – с. 30–35.
38. Теоретические и финансово-организационные основы медицинского страхования / В.Г. Климин Е.Г. Князева. // Известия УрГЭУ 2007. – №1.
39. Федорова, Т.А. Страхование / Под ред. Т.А. Федоровой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Экономистъ. – 2003. – 875 с.
40. Финансы бюджетных организаций: Учебник / [под ред. Проф. Г.Б. Поляка]. – М.: Вузовский учебник. – 2007. - с. 362.
41. Финансы, денежное обращение и кредит. / под ред. М.В. Романовского, О.В. Врублевской – М.: Юрайт-Издат. – 2006.-543c.
42. Финансы: учеб. – 2-е изд. / [под ред. В.В. Ковалева]. – М.: ТК Велби, изд-во Проспект. – 2006.-528 с.