

УДК 338.46

Анализ экономической политики в области финансирования здравоохранения в РФ

Копылов А.В. w19a@mail.ru

Национальный исследовательский университет информационных технологий, механики и оптики. Институт холода и биотехнологий
(г. Санкт-Петербург)

Аннотация: Анализируется реорганизация системы финансирования в здравоохранении РФ. В сравнении с зарубежным и предыдущим опытом, внедрение одноканального финансирования несвоевременно. Благодаря двухканальной системе финансирования медицинские организации могут осуществлять свои функции по предоставлению помощи населению в РФ.

Ключевые слова. Одноканальное финансирование, клинико-статистические группы, медико-экономический стандарт, обязательное медицинское страхование, государственная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Economic policy analysis in the area of health financing in Russia

Andrey Kopylov. w19a@mail.ru

Abstract: discusses the reorganization of the system of financing of public health of Russian Federation. In comparison with foreign and previous experience, the introduction of a single financing in a timely manner. Thanks to the dual system of financing medical organizations may exercise their functions of providing assistance to the population in the Russian Federation.

Keywords. Performance, single channel financing, clinical and statistical groups, medical and economic standard, compulsory health insurance, the State programme of State guarantees for the provision of free medical assistance.

Реформирование системы финансирования здравоохранения, осуществляемое в России, опирается на международный опыт. Экономическая политика в этой области привела к изменению механизма финансового обеспечения бюджетных учреждений, которые с 1 января 2011 г. переводятся со сметного финансирования на субсидии в рамках выполнения государственного задания. Поэтому особенно актуальным в

настоящее время становится анализ совершенствования системы финансирования лечебных учреждений в РФ.

До 1991 г. в РФ при финансировании здравоохранения применялась бюджетная модель. Главным источником финансовых ресурсов, направляемых в здравоохранение, были средства государственного бюджета. Их доля в общем объеме финансирования достигала 80-85 %. Эти бюджетные средства передавались главным распорядителям, в основном медицинским учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения РФ. Вторым источником финансовых ресурсов были средства ведомств и подведомственных им предприятий. Их доля в финансировании здравоохранения колебалась в размерах 15-20 %. Эти средства передавались ведомственным медицинским учреждениям. Доля третьего источника финансовых ресурсов – средства населения – была крайне незначительна, так как население оплачивало лишь зубопротезирование и в небольшом объеме некоторые платные медицинские услуги [1, 344].

Реформа здравоохранения была начата в 1991 г. с принятием Закона «О медицинском страховании граждан», в соответствии с которым в стране была введена система обязательного медицинского страхования (ОМС) и создан Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), который наряду с бюджетом выделял целевые государственные внебюджетные ассигнования на финансирование государственного заказа в области здравоохранения. Таким образом, на государственном уровне стала внедряться модель финансирования здравоохранения, принятая в большинстве стран Европы, кроме Великобритании.

С введением обязательного медицинского страхования в финансировании государственного заказа на здравоохранение появился дополнительный источник – средства внебюджетного государственного Фонда обязательного медицинского страхования. Источниками ресурсов для

финансирования государственных закупок на нужды здравоохранения стали бюджетные средства и средства ФОМС.

Для обеспечения государственных гарантий финансирования из бюджета и Фонда обязательного медицинского страхования государственного заказа на медицинские услуги постановлением Правительства РФ от 26 октября 1999 г. № 1194 была утверждена «Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью».

В этой Программе был сохранен перечень видов медицинской помощи, сложившийся во время плановой экономики. Кроме того, были установлены показатели размеров медицинских услуг, которые в форме государственных закупок товаров, работ и услуг должны финансироваться государством. Базовая программа государственных закупок гарантирования бесплатной медицинской помощи в оптимальном объеме включает в себя:

- перечень видов медицинских услуг, предоставляемых населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий;
- базовую программу обязательного медицинского страхования;
- нормативные показатели объема медицинских услуг, оказываемых населению бесплатно в рамках Программы государственных гарантий;
- подушевой норматив, используемый для финансирования государственных закупок в здравоохранении с целью покрытия всех затрат, связанных с оказанием бесплатных медицинских услуг в соответствии с гарантированными нормативными показателями их объема [2].

Особенности настоящего этапа модернизации системы финансирования здравоохранения в РФ и регионах свидетельствуют о снижении эффективности управления и функционирования системы оказания медпомощи населению. Поэтому необходимо исследовать пути совершенствования финансирования лечебных учреждений.

Постоянный рост расходов на здравоохранение, связанный с появлением новых медицинских технологий и лекарств, изменениями в

структуре заболеваемости и демографическими проблемами, является общей тенденцией для развитых стран мира. Сегодня Всемирная организация здравоохранения рекомендует тратить на охрану здоровья населения не менее 6-6,5% от валового внутреннего продукта. Россия расходует на цели здравоохранения менее 5% от валового внутреннего продукта, страны Западной Европы 8-10%, США - свыше 13% [3]. Тем не менее, ни одна из стран мира не может бесконечно увеличивать свои расходы на здравоохранение для обеспечения любых возможных вариантов оказания медицинской помощи. Для устранения диспропорции между имеющимися вариантами лечения и ограниченными экономическими возможностями системы здравоохранения все больше внимания уделяют эффективности медицинской помощи и затрат на нее.

При этом важнейшей тенденцией развития систем здравоохранения экономически развитых стран является смещение приоритета от максимальной экономии расходов при оказании медицинской помощи к максимальной эффективности использования задействованных ресурсов.

В отличие от других отраслей народного хозяйства, результаты тех или иных мероприятий здравоохранения, его служб и программ анализируются с позиций социальной, медицинской и экономической эффективности, среди которых приоритетными являются медицинская и социальная эффективность. Без оценки результатов медицинской и социальной эффективности не может быть определена и экономическая эффективность.

С 1 января 2011 года вступили в силу два закона, непосредственно затрагивающие систему здравоохранения и призванные ее реформировать: это закон об ОМС («Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29.10.2010 г.) и Закон № 83-ФЗ («О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» № 83-ФЗ от 08.05.2010 г.)

об изменении правового статуса бюджетных учреждений. Вступление в силу обоих законов будет к 2013 г., сейчас – переходный период.

Закон № 83-ФЗ ставит своей целью нормирование объемов деятельности учреждений и нормирование затрат на эти объемы деятельности. По сути это переход от сметы в привычном понимании к объемному заданию - по количеству пациентов, с четким нормативом стоимости на одного потребителя услуги. Однако - это все равно фиксированная сумма субсидий на год. Многие положения законов кажутся противоречащими друг другу. Так, Федеральный закон об ОМС предусматривает переход на одноканальное финансирование и полный тариф (то есть, передачу в систему ОМС тех бюджетных средств, которые шли на содержание учреждения: коммунальные услуги и т.д.). А Федеральный закон № 83-ФЗ предполагает переход бюджетных учреждений (по аналогии с автономными) от смет к субсидиям:

- на финансовое обеспечение выполнения государственного (муниципального) задания;

- на содержание недвижимого имущества и особо ценного движимого имущества, закрепленных за бюджетным учреждением учредителем или приобретенных бюджетным учреждением за счет средств, выделенных ему учредителем на приобретение такого имущества, расходов на уплату налогов, в качестве объекта налогообложения по которым признается соответствующее имущество, в том числе земельные участки.

Возникает проблема установления государственных заданий и их финансирования, так как задания для бюджетных учреждения в новом статусе (так же как и для автономных) смогут устанавливать только органы, осуществляющие функции и полномочия учредителя соответствующих учреждений. Органы государственной власти субъекта Российской Федерации не могут выступать в качестве таких органов.

Считается, что закон об ОМС (№ 326) в этом отношении намного прогрессивнее: он вводит плату за конкретного пациента, и это самое главное

его новшество. Предполагается, что, когда закон об ОМС вступит в силу в полном объеме (с 2013 года), мы получим оплату по полному тарифу, то есть все статьи затрат на медицинскую помощь войдут в стоимость одного законченного случая, а не только зарплата и лекарства, как сейчас.

Естественно, эти два закона друг с другом сопряжены весьма значительно, поскольку предполагается определенная свобода учреждения в плане расходования финансовых средств не по статьям, а в целом, равно как и получение денег за законченный случай. Сейчас, в условиях нынешнего бюджетного законодательства, учреждениям сложнее, потому что они отчитываются по каждой строчке: «медикаменты», «заработная плата» и так далее.

Закон № 83-ФЗ исключительно управленческий, для руководителей учреждений, а закон об ОМС ориентирован на граждан, в нем закреплены права людей: возможность выбирать медицинскую организацию, врача, страховую компанию и лечиться по своему полису в разных регионах.

Еще один ключевой аспект для системы здравоохранения - введение законом об ОМС с 2013 года принципа одноканального финансирования.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступивший в силу в 2011 г., определил структуру тарифа, применяемого в системе ОМС, расширив перечень расходов медицинской организации, выполняющей базовую и территориальные программы ОМС, и определил существенное расширение видов медицинской помощи, использующих для своего финансирования средства ОМС, создав тем самым поэтапный переход от «бюджетно-страховой» к «страховой» схеме финансирования медицинской помощи, получившей наименование «одноканального» финансирования [4].

Одноканальное финансирование хорошо тогда, когда все медицинские учреждения примерно одинаково обеспечены, имеют равные возможности. В такой ситуации действительно будет работать трансграничность: независимо

от того, в каком регионе была оказана медицинская помощь, тариф везде будет одинаковым.

Таким образом, с 2011 года введены все те положения закона об ОМС, которые в меньшей степени зависят от финансирования, с 2012 года задействуется новая система разграничения полномочий, в соответствии с которой полномочия по ОМС становятся федеральными, и будут затем делегироваться регионам. С 2013 года вводится одноканальное финансирование, а с 2015 года предполагается включить в ОМС высокотехнологичную медицинскую помощь.

Главная сложность - в сглаживании дифференциации регионов. С одной стороны, нужно сделать с точки зрения финансового обеспечения системы ОМС - в некоторых регионах недостаток средств, по сравнению с установленным федеральным нормативом, составляет 40-50 процентов от общей стоимости программы ОМС. С другой стороны, нужно уравнивать условия оказания медицинской помощи, и это будет самое сложное. Регионы России очень разные, и не всегда богатый регион обеспечивает качественную и доступную медицинскую помощь. При этом мы должны выстроить систему, при которой права всех граждан были бы равны. И тут существует проблема: если дать регионам, которые сейчас не «дотягивают» до установленных Правительством РФ нормативов стоимости ОМС (а таких регионов около 80, всего лишь три-четыре субъекта РФ соответствуют этим нормативам), недостающую сумму - порядка 150-200 миллиардов рублей в год, - будут ли потрачены по назначению? Возможно, в регионе просто нет достаточного количества медицинских учреждений, врачей, и мы будем платить втридорога за меньший объем помощи [5].

Поэтому и необходимо вести эту работу не только через увеличение финансирования, но и через обеспечение необходимыми мощностями, кадрами и другими ресурсами. И эта задача намного сложнее, чем просто взять и всех выровнять финансово под федеральный норматив. Для

проведения этой работы и вводятся региональные программы модернизации системы здравоохранения с 2011 года.

За два года необходимо выровнять технологическую составляющую медицинской помощи, иначе говоря, условия ее оказания, и если не привести регионы к одному среднему знаменателю, то хотя бы подтянуть их до этого уровня. Эти программы будут реализовываться за счет тех двух процентов, на которые с 1 января 2011 года повышены страховые взносы (с 3,1 % до 5,1 %). За период 2011-2012 годов на эти цели предусматривается направить средства обязательного медицинского страхования в общей сумме 460,0 млрд. рублей.

Программы включают в себя три очень существенных блока. Во-первых, это материально-техническая база, наличие определенного количества врачей, во-вторых, информатизация - чтобы четко зафиксировать права граждан, вся информация должна быть представлена цивилизованно, в электронном виде. Эта база данных должна вестись во всех регионах. И третье важное направление - это разработка стандартов. Необходимо, чтобы та разница, которая будет компенсироваться регионам дополнительно, была бы обусловлена внедрением современных стандартов медицинской помощи, а не просто «дотягивала» регионы до федеральных нормативов стоимости. А с 2013 года, когда система финансирования станет одноканальной, когда заработает в полном объеме передача полномочий по ОМС на федеральный уровень, все эти средства будут запущены в систему текущего финансирования [6].

В Законе № 83-ФЗ указано, что, во-первых, учреждение может оказывать платные услуги только сверх задания, во-вторых, учредитель вправе устанавливать порядок формирования платы и, в-третьих, для разных физических и юридических лиц одинаковые услуги должны оказываться на одинаковых условиях, что уменьшает возможность учреждений установления дифференцированных цен для разных категорий потребителей. Сейчас в соответствии с Бюджетным кодексом, регламентирующим

приносящую доход деятельность, для ее ведения нужно только разрешение учредителя.

Во многих странах мира для финансирования поставщиков медицинских услуг применяются платежи за законченный случай лечения на основе «клинико-статистических групп», под которой понимается укрупненная нозологическая форма заболевания, характеризующаяся нормативной технологией лечения и нормативными затратами медицинских ресурсов, выраженная в стоимостной форме. Клинико-статистическая группа – это группа заболеваний, выделенная в каждом классе Международной классификации болезней и объединённая схожим уровнем затрат на медицинскую помощь. Другая причина создания диагностически связанных групп - использование DRG как инструмента распределения финансовых ресурсов между стационарами, т.е. как метода оплаты.

Главный результат использования системы DRG за рубежом - это сокращение средней длительности пребывания больного в стационаре и числа самих стационаров. В условиях оплаты по DRG больницы вынуждены организовывать догоспитальное обследование и подготовку к оперативным вмешательствам в амбулаторных условиях. Заключительный этап лечения и реабилитацию переносится либо в амбулаторный сектор, либо в домашние условия с использованием медицинского персонала. В условиях оплаты по диагностически связанным группам также заметно возрастает объем амбулаторной хирургии.

В РФ реализуется не КСГ, а медико-экономический стандарт, представляющий детализацию клинико-статистической группы, т.е. стандарт, определяющий общий объем диагностических и лечебных процедур медикаментозного лечения, а также объем соответствующего финансового обеспечения для каждой КСГ.

Политика в области высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), оказываемая в федеральных специализированных медицинских учреждениях в соответствии с государственным заданием, предоставляется

за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Перечень данных учреждений и объемы государственных заданий для них формируются в порядке, определяемом Минздравсоцразвития России. ВМП, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации дополнительно к государственному заданию, предоставляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации.

Подушевые нормативы финансового обеспечения, предусмотренные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 г. (утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 № 782), установлены в расчете на одного человека в год (без учета расходов федерального бюджета) и составляют в среднем 7 633,4 руб., из них:

- 4 102,9 руб. - за счет средств обязательного медицинского страхования;

- 3 530,5 руб. - за счет средств соответствующих бюджетов, предусматриваемых на оказание в т.ч. специализированной (включая высокотехнологичную) медицинской помощи [7].

Задача реформирования системы финансирования здравоохранения заключается в преодолении фрагментарности путем перехода на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. В едином канале подразумевается консолидация государственных бюджетных средств субъектового и муниципального уровней, используемых для оплаты услуг по содержанию имущества медицинских учреждений (коммунальные платежи, содержание зданий, амортизация и обновление оборудования), и средств обязательного медицинского страхования, расходуемых на статьи по заработной плате, покупке медикаментов, мягкого инвентаря, питание больного. Такое объединение средств, по мнению реформаторов, позволяет перейти на оплату медицинской помощи по полному тарифу из средств ОМС, то есть, реально

перевести экономику государственной системы здравоохранения на страховые принципы.

Анализ систем финансирования здравоохранения в странах мира, проведенный Всемирной организацией здравоохранения, показал, что только финансирование из бюджета страны позволяет обеспечить справедливый доступ к медицинскому обслуживанию для всех групп населения.

Системы финансирования здравоохранения играют три важные взаимосвязанные роли: мобилизуют финансовые средства для здравоохранения; объединяют их для распределения финансовых рисков, связанных с оплатой услуг; и используют имеющиеся финансовые средства на приобретение и предоставление требуемых медико-санитарных услуг.

Те, кто определяет политику во всех регионах мира, а не только в странах с низким уровнем дохода, постоянно возвращаются к вопросу о том, как финансируется их система здравоохранения, - рассматривая вопрос о том, как собираются средства, как они объединяются, для того чтобы охватить все виды риска, какие услуги предоставляются или закупаются, и как должен оплачиваться труд тех, кто эти услуги предоставляет [8].

В настоящее время необходимо сосредоточиться на выполнении государственных гарантий в РФ по предоставлению бесплатной медицинской помощи населению. Поэтому, переход на одноканальное финансирование в лечебных учреждениях и фондодержание в амбулаториях является несвоевременным из-за дефицитности территориальных программ государственных гарантий. Финансирование государственных гарантий во многих регионах РФ не обеспечивается из-за отсутствия средств в ТПГГ, связанных с нерегулярными и низкими платежами бюджетной системы на неработающее население.

Вывод: В настоящее время медицинские учреждения, работающие в системе ОМС, выживают именно благодаря двухканальной системе финансирования, при которой содержание самого учреждения отнесено к ответственности органов управления соответствующими бюджетами, а часть

доходов, зависящая от объема оказанной медицинской помощи, подчинена правилам финансирования обязательного медицинского страхования.

Как свидетельствует международный опыт финансирования здравоохранения самым надежным способом оказания качественных медицинских услуг выступает государственное финансирование. Поэтому внедряемое одноканальное финансирование повторяет не вполне эффективный путь, пройденный развитыми странами в области финансирования здравоохранения к переходу на КСГ.

Литература

1. Звонова Е.А. Финансирование государственных закупок. – М.: ИНФРА-М, 2009, с. 344.
2. Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Постановление Правительства РФ от 26 октября 1999 г. № 1194. Правительство РФ постановлением от 21.10.2011 № 856 утвердило Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 г.
3. Концевая А.В. Оценка экономической эффективности медицинских технологий// Заместитель главного врача. - 2008. - № 2. - С. 90-94.
4. Пирогов М.В., Черноношкина И.В., Кузнецов М.В. Совершенствование системы оплаты медицинской помощи в условиях одноканального финансирования // Главврач, № 9, сентябрь 2011 г.
5. Шишкин С. Новая финансовая модель здравоохранения: правила конструирования//www.opes.ru/social.
6. Кадыров Ф.Н. Перспективы финансового обеспечения системы обязательного медицинского страхования//Менеджер здравоохранения, № 9, сентябрь 2011.
7. Елманова Т.В. Организация предоставления гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи//Справочник врача общей практики, № 3, март, 2011 г.
8. Информационный бюллетень «Документационный центр Всемирной организации здравоохранения. Февраль 2011 г.//
http://whodc.mednet.ru/component/option,com_attachments/