

Финансирование здравоохранения

Реформа здравоохранения

**Реорганизация
учреждений
здравоохранения**

**автономные
бюджетные
казенные**

Финансирование

- субсидии на выполнение государственного задания;
- субсидии на содержание имущества;
- иные субсидии – ОМС;
- доходы от платных медицинских услуг и иной приносящей доходы деятельности;
- бюджетные инвестиции;
- целевые субсидии.

**Экономические
методы
управления**

Основы регулирования организационно-правовых форм

- БК РФ – Бюджетный Кодекс Российской Федерации.**
- ГК РФ – Гражданский Кодекс Российской Федерации.**
- ФЗ «О некоммерческих организациях» - Федеральный закон Российской Федерации от 12.01.1996 N 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».**
- ФЗ «Об автономных учреждениях» - Федеральный закон Российской Федерации от 03.11.2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях».**
- Федеральный закон от 08.05.2010 г. №83-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений" (далее – Федеральный закон № 83-ФЗ).**

Позиции, которые не меняются у действующих бюджетных учреждений при переходе к новому статусу

1. Счета учреждений по-прежнему открываются в Казначействе (финансовом органе)

2. На все закупки распространяется действие Закона № 94-ФЗ

3. Система управления: не требуется переназначение руководителя и иных работников учреждения (в т.ч. военнослужащих, и приравненных к ним лиц)

4. Недвижимым имуществом учреждение не может распоряжаться без согласия собственника

При переходе к новому статусу остается неизменным

5. Лицензии, свидетельства об аккредитации, иные разрешительные документы, выданные учреждению, продолжают действовать

6. Имущество учреждений сохраняется у них в полном объеме без перезакрепления

В целом организационные мероприятия сведены к минимуму – необходимо будет только внести изменения в устав.

Основные изменения в статусе бюджетных учреждений

1. Изменение механизмов финансового обеспечения – переход с бюджетной сметы на субсидии по госзаданию

4. Отмена субсидиарной ответственности государства по обязательствам бюджетного учреждения

2. Полученные доходы не являются доходами бюджета и остаются в распоряжении учреждения и должны направляться на достижение целей ради которых учреждение создано

Расширение объема прав и повышение самостоятельности бюджетных учреждений

3. Расширение самостоятельности по использованию средств, полученных из бюджета

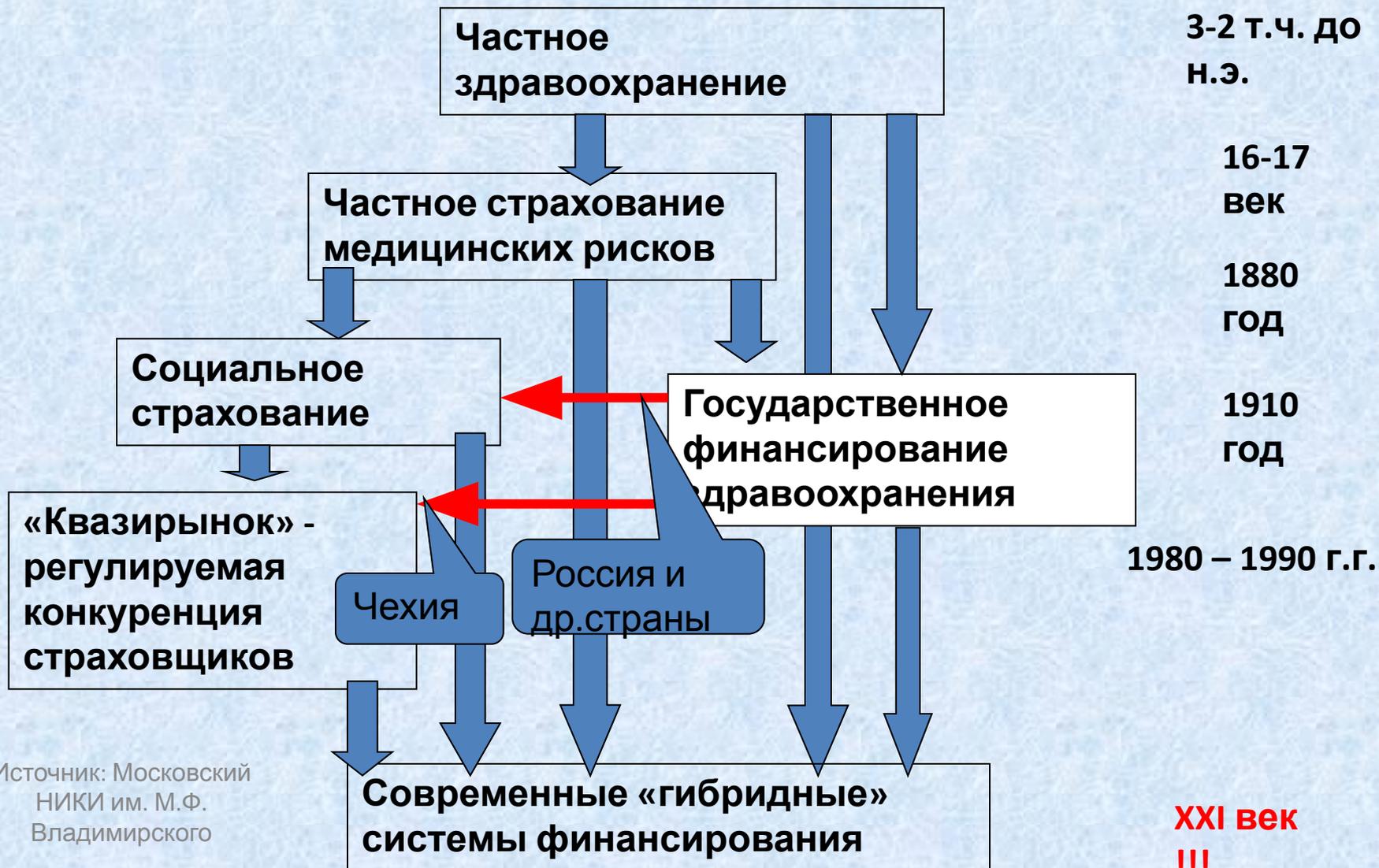
5. Расширение прав по распоряжению движимым имуществом (за исключением особо ценного движимого имущества)

6. Заключение гражданско-правовых договоров, приобретение прав и обязанностей от своего имени

Нормативно-методическая основа финансирования Программы ОМС

1. Федеральный закон №326-ФЗ 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации».
2. Постановление Правительства РФ от 22.10.2012 г. N 1074 «Об утверждении программы государственных гарантий по предоставлению гражданам РФ бесплатной медицинской помощи». Проект на 2013 и период до 2015г.
3. Приказ МЗиСР РФ №158 от 28.02.11г. «Об утверждении правил ОМС».
4. «Методика формирования территориальных программ ОМС с использованием коэффициентов потребления медицинской помощи различными возрастными-половыми категориями», для использования в планировании с 2013 года.

Организационно-экономическая эволюция здравоохранения

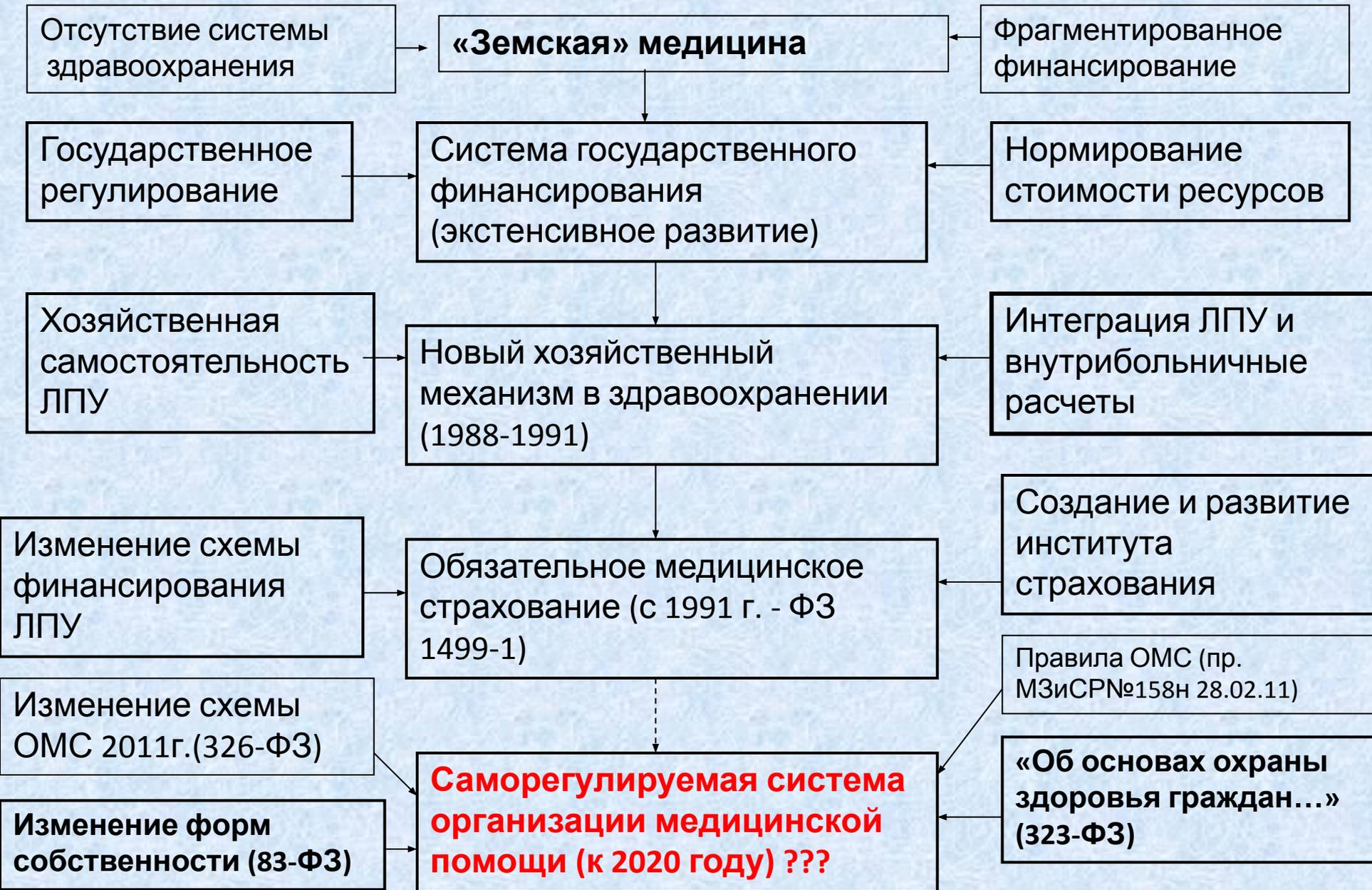


Источник: Московский НИКИ им. М.Ф. Владимирского

**XXI век
!!!**

Эволюция отечественного здравоохранения

(Московский научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского)



Источники финансирования здравоохранения

- **Централизованные денежные средства:** бюджет; Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС; государственные кредиты, ссуды и др.
- **Децентрализованные денежные средства:** финансовые ресурсы предприятий, направляемые в здравоохранение; средства добровольного медицинского страхования; средства, получаемые в ЛПУ за счет предоставления платных медицинских услуг, доходов от инвестирования.

Модели управления здравоохранением

Тип модели	Достоинства	Недостатки
Централизованная	<ol style="list-style-type: none">1. Общие подходы к обеспечению медицинскими услугами населения страны.2. Планирование ресурсов системы в масштабах страны.3. Мониторинг служб здравоохранения.	<ol style="list-style-type: none">1. Низкая эффективность.2. Медленные темпы внедрения инноваций.3. Медленная реакция на внешние изменения (экономики, политики).4. Подверженность политическому давлению.
Децентрализованная	<ol style="list-style-type: none">1. Оперативное решение финансовых и организационных проблем.2. Большие возможности для принятия решений на местах.3. Сокращение потребности в центральных административных органах.	<ol style="list-style-type: none">1. Местный бюджет не всегда может обеспечить потребности здравоохранения.2. Неэффективность использования ресурсов системы.3. Сложность интеграции первичной, вторичной и третичной медпомощи.4. Централизованные субсидии приводят к неэффективности службы.5. Неравенство в получении инновационной дорогостоящей помощи.6. Дополнительные расходы по координации деятельности.

Структура источников финансирования системы здравоохранения, В % (источник: Росстат)



Проблемы финансирования здравоохранения

1. Несоответствие государственных гарантий предоставления медицинской помощи финансовым ресурсам, которыми располагают фонды ОМС.
2. Сложности в финансовом планировании расходов на здравоохранение, связанные с использованием различных источников финансирования ЛПУ – бюджет, фонды ОМС, личные средства граждан.
3. Неполное использование имеющихся возможностей привлечения финансовых средств через систему ДМС.

Интересы основных участников правоотношений в здравоохранении

Участники	Интересы
Государство, органы власти и управления	Получение гражданами определенного объема и качества медицинской помощи, оптимизация затрат на медицинскую помощь, повышение экономической эффективности учреждения здравоохранения и его развитие.
Пациенты	Получение определенного объема и качества медицинской помощи, предотвращение возникновения проблем со здоровьем или избавление от болезней.
Персонал ЛПУ	Повышение благосостояния, должностной и профессиональный рост, развитие учреждения здравоохранения.

Филатов Д.В. Система оценки деятельности учреждений здравоохранения при производстве медицинских услуг: Автореф. дис. ... канд. экон. наук.- СПб., 2008.- С.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

Задачи:

- финансовое обеспечение установленных законодательством РФ прав граждан на медицинскую помощь ;
- страхование и создание условий для объема и качества медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС;
- аккумулярование финансовых средств ФФОМС для обеспечения финансовой стабильности.

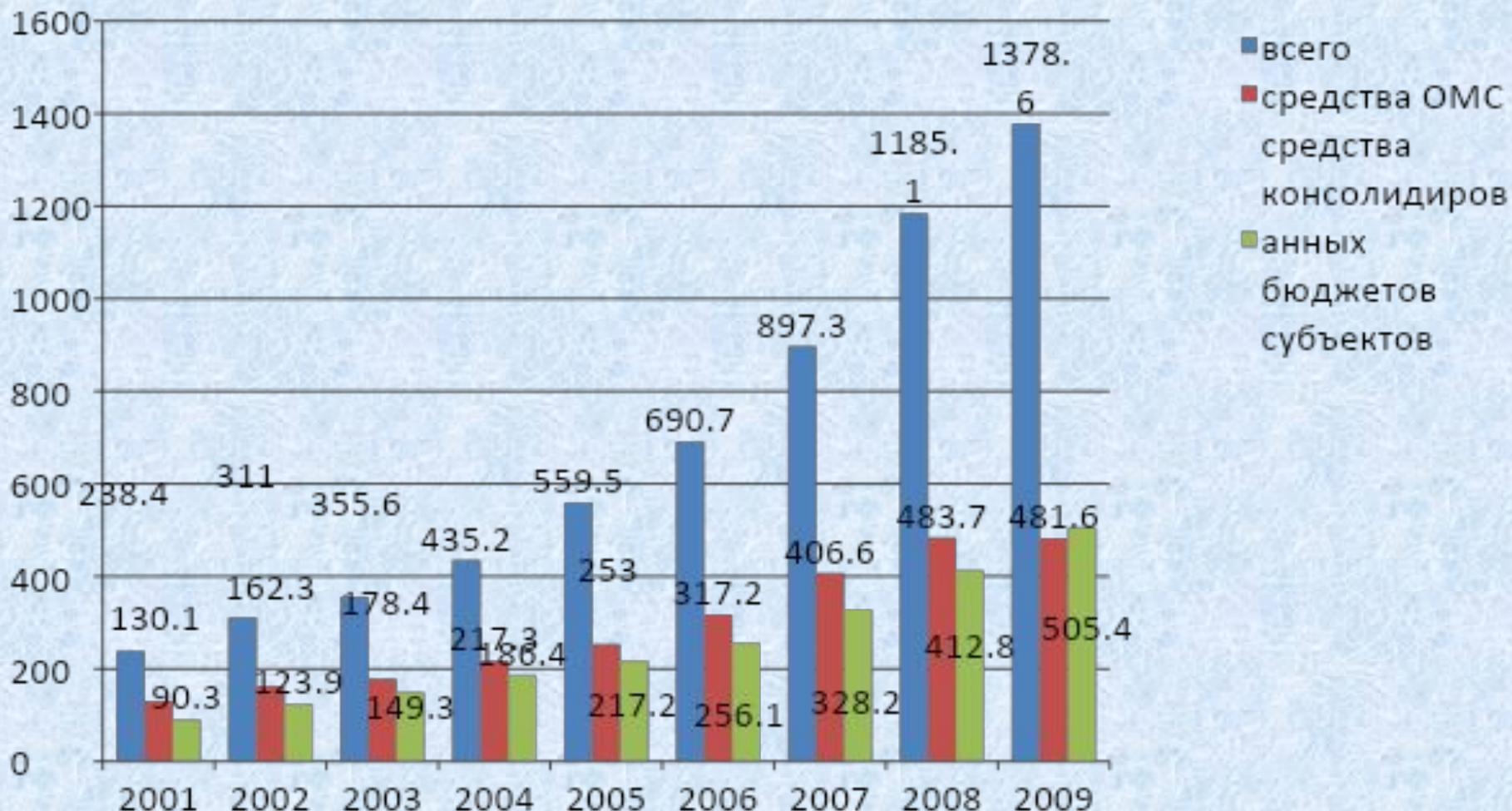
Функции:

- осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС;
- разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов на ОМС;
- осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумулярование финансовых средств ФФОМС;
- выделяет в установленном порядке средства территориальным фондам ОМС для выполнения программ ОМС;
- осуществляет совместно с ТФОМС контроль за

Базовая программа обязательного медицинского страхования

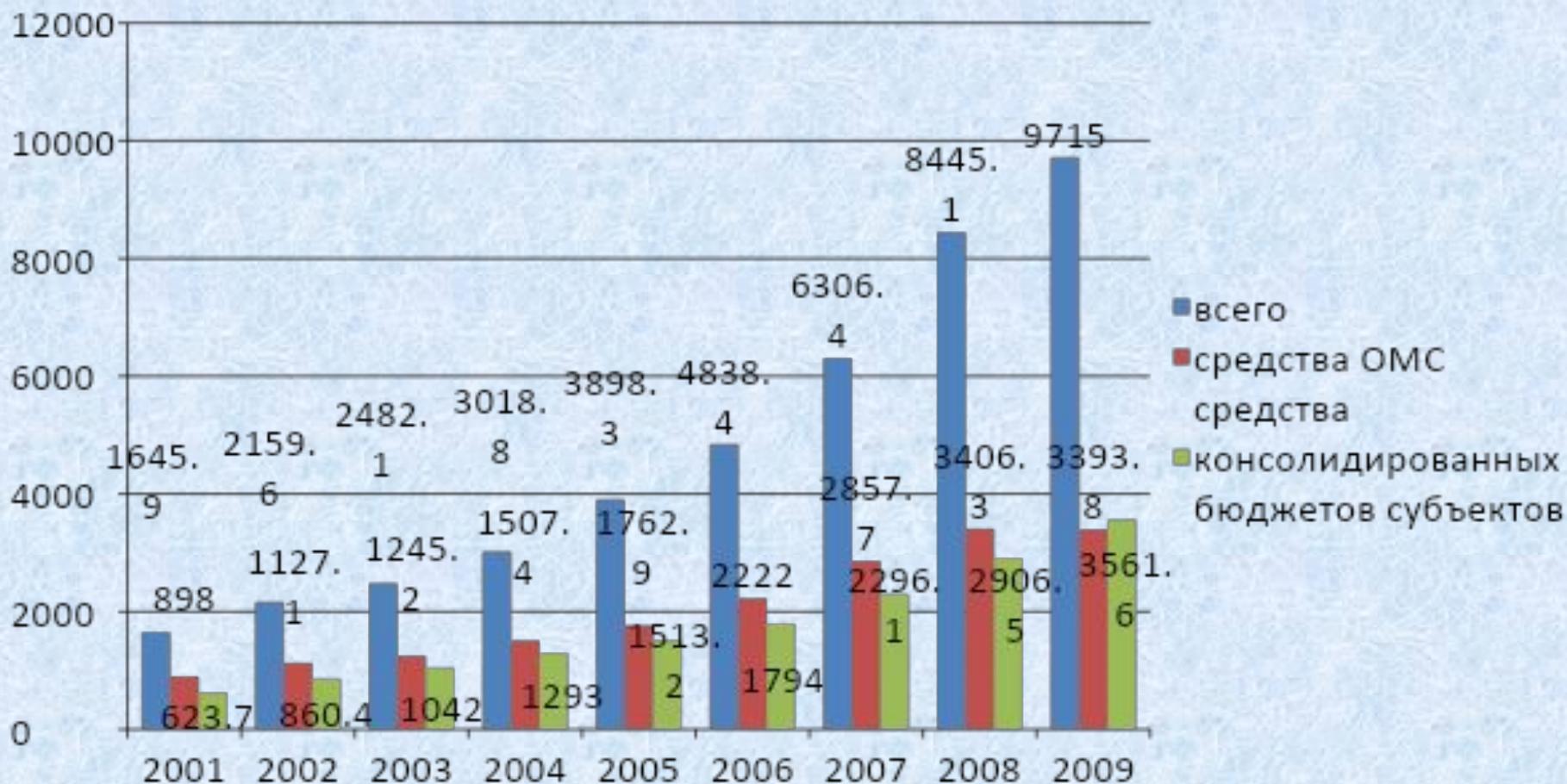
1. Инфекционные и паразитарные болезни, за исключением болезней: ИППП, туберкулеза, ВИЧ.
2. Новообразования.
3. Болезни эндокринной системы; нарушения обмена веществ.
4. Болезни нервной системы; крови, кроветворных органов.
5. Болезни глаза и его придаточного аппарата.
6. Болезни уха и сосцевидного отростка.
7. Болезни системы кровообращения; органов дыхания.
8. Болезни органов пищеварения; мочеполовой системы.
9. Болезни кожи и подкожной клетчатки.
10. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
11. Травмы, отравления; врожденные аномалии (пороки развития).
12. Деформации и хромосомные нарушения.
13. Беременность, роды, послеродовой период и аборты.
14. Отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Финансирование ПГГ



Флек О.В., Зинланд Д.А. Модернизация Российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению.- СПб: Изд-во Политехнического ун-та, 2011.- 440 с.

Финансирование на душу населения



Источник: Флек О.В., Зинланд Д.А. Модернизация Российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению.- СПб: Изд-во Политехнического ун-та, 2011.- 440 с.

Финансирование на душу населения

- 100-500 долл. – средняя (ожидаемая) продолжительность жизни составляет 47-67 лет;
- 500-1000 долл. – средняя (ожидаемая) продолжительность жизни составляет 70-75 лет;
- 1000-3000 долл. – средняя (ожидаемая) продолжительность жизни составляет 75-80 лет.

При дальнейшем увеличении расходов на медицину показатель средней (ожидаемой) продолжительности жизни увеличивается более медленными темпами

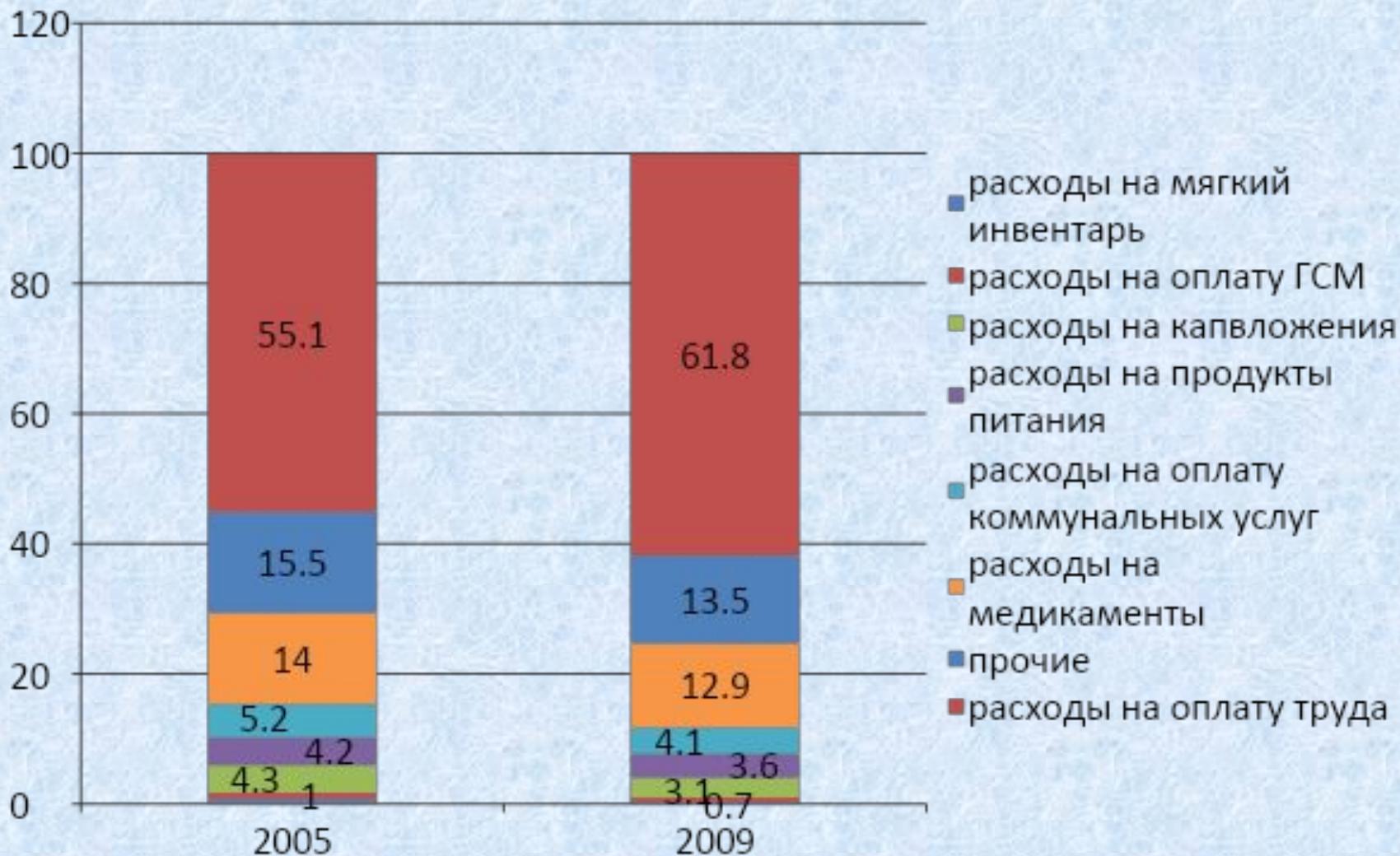
Структура расходов по основным видам медицинской помощи ПГГ в 2001- 2009 гг.

- Доля расходов на стационарную медицинскую помощь сократилась с 64% до 58,6%, а на амбулаторную возросла с 29% до 31,4%.

Оптимальная структура расходов:

- амбулаторная помощь - **35%**,
- помощь в дневных стационарах - **5%**,
- скорая помощь – **10%**,
- стационарная помощь – **50%**.

Структура расходов на МП из государственных источников финансирования



Финансирование ПГГ в 2009-2011 гг. по источникам, в млрд. рублей

Источники финансирования	2009		2010		2011	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Федеральный бюджет	391,6	28,4	393,1	27,1	403,7	25,3
Региональный бюджет	481,6	34,9	516,4	35,6	568,3	35,6
Средства ОМС	505,4	36,7	540,4	37,3	624,9	39,1
Итого	1 378,6	100,0	1 449,9	100,0	1 596,9	100,0
В % ВВП	3,5		3,2		2,9	

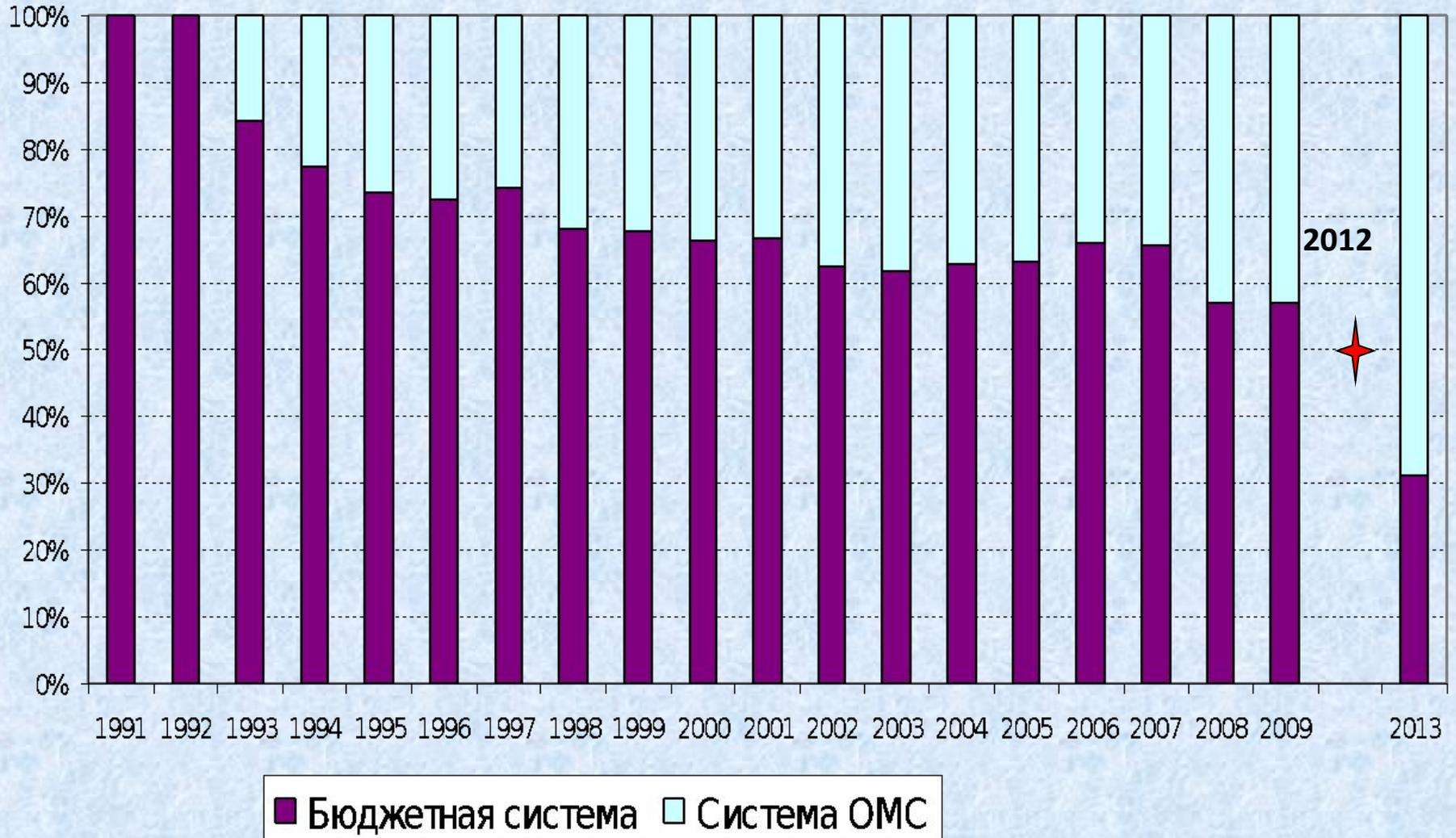
Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в 2011 г. //Официальный сайт МЗ СР РФ.- [Электронный ресурс].- Режим доступа: www.rosminzdrav.ru (дата обращения: 05.01.13)

Финансирование ПГГ по источникам в 2009-2011 гг.

- Расходы за счет государственных источников в 2011 г. составили **1 596,9 млрд. рублей**.
- Объем финансирования в 2011 г. в текущих ценах увеличился по сравнению с 2009 г. на **15,8%**.
- В 2011 г. ПГГ финансировалась за счет бюджетов всех уровней (**60,9%**) и средств системы ОМС (**39,1%**).

326-ФЗ - закон об ОМС:

движение к доминированию страховой системы



Источник: данные расчетов Росстата и Минздравсоцразвития России.

326-ФЗ - закон об ОМС: Централизация финансирования

- Полная централизация взносов на ОМС работающего и неработающего населения.
- Выравнивание финансового обеспечения территориальных программ ОМС на уровне единого подушевого норматива затрат.
- Унификация методов оплаты медицинской помощи.



Источник: расчеты по данным Росстата, Минздравсоцразвития России, финансово-экономического обоснования проекта закона «Об обязательном медицинском страховании»

Вид и условия МП	2013 год	2014 год	2015 год	2012 год
СМП	0,318	0,318	0,318	0,318
АПП (* случай = 2,9 посещения)				
Профилактика ОМС	2,04	2,24	2,3	8,962
Неотложная	0,36	0,46	0,96	
Лечение ОМС (случай)*	1,9	1,95	2	
Лечение бюджет (случай)*	0,2	0,2	0,2	
Паллиатив бюджет	0,4	0,4	0,4	0,74
ИТОГО	2,8+6,09=8,89	3,1+6,24=9,34	3,3+6,38=9,68	9,7
Дневной стационар				
ОМС	0,52	0,55	0,59	0,49
Бюджет	0,08	0,07	0,05	0,1
ИТОГО	0,6	0,62	0,64	0,59
Стационар				
Лечение ОМС	1,74	1,66	1,59	1,894
Лечение бюджет	0,856	0,816	0,76	0,886
Паллиатив бюджет	0,077	0,092	0,112	
ИТОГО	2,673	2,568	2,462	2,78

Вид и условия МП	2013 год	2014 год	2015 год	2012 год
СМП бюджет				1710,1
СМП ОМС	1 435,6	1 507,4	1 582,8	-
АПП				
Профилактика бюджет	377,8	413,6	448,9	ОМС
Профилактика ОМС	266,3	322,2	372,5	
Неотложная бюджет	-	-	-	
Неотложная ОМС	340,9	407,6	445,9	169,5
Лечение ОМС	772,3*	923,4	1 010,3	
Лечение бюджет	1 095,6*	1 158,1	1 256,9	
Паллиатив бюджет	377,8 ?	413,6 ?	445,9 ?	Бюджет 218,1
Дневной стационар				
ОМС	570	590	620	470,5
Бюджет	528,6	568	610,5	478
Стационар				
Репродукция ОМС	106 253,9**	113 109	119 964,1	-
Лечение ОМС	1 755,8	1 967,6	2 433,6***	1167
Лечение бюджет	1 917,2	2 064,4	2 231,1	1380,6
Паллиатив бюджет	1936,5	2 356,1	2 471,5	

* - одно обращение

** - один случай

*** - высокотехнологичная помощь

Общие требования к системе оплаты медицинской помощи

- 1. система оплаты должна стимулировать врачей к оказанию наиболее качественной помощи при наименьших затратах,**
- 2. расходы на оказание медицинской помощи должны быть предсказуемыми,**
- 3. административные расходы должны быть минимальными,**
- 4. оплата различных этапов оказания медицинской помощи должна сочетаться друг с другом, обеспечивая заинтересованность всех сторон в перераспределении объемов медицинской помощи в сторону наиболее эффективного.**

Методы оплаты 2013-2015г.г. (проект ППРФ)

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное население с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с использованием метода включения расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных условиях;

по тарифам на единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по тарифам на основе подушевого норматива финансирования на прикрепленное население в сочетании с оплатой по тарифам за единицу на единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

по тарифам за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний);

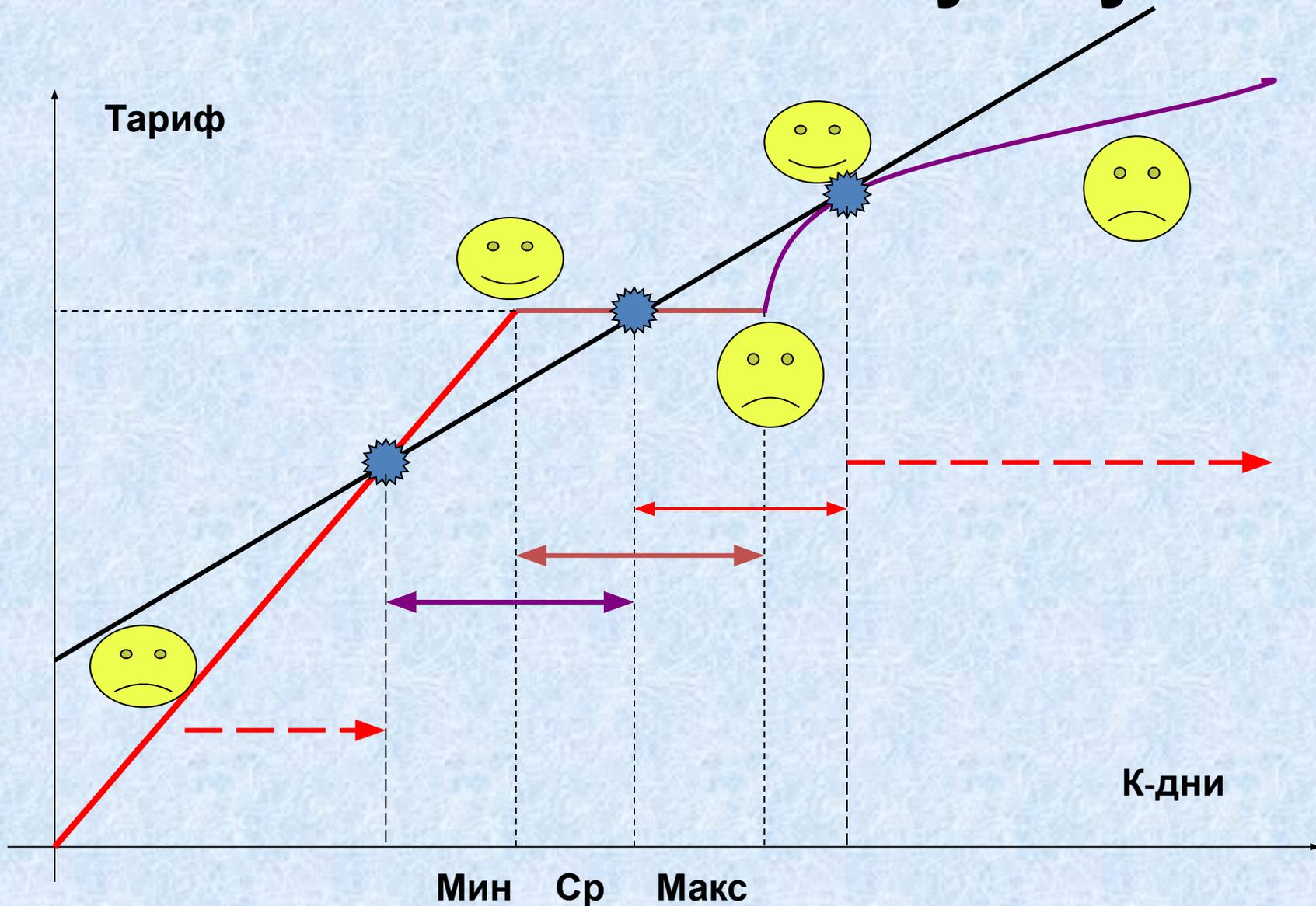
3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

по тарифам за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания в соответствии с тарифами, определенными по группам, объединяющим заболевания (клинико-статистические группы заболеваний) с учетом условий оказания (в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в стационарных условиях);

4) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе, скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) по тарифам, установленным на основе подушевого финансирования, за вызов скорой медицинской помощи.

Оплата по законченному случаю



Цели реформы

- Стратегической целью политики государства в сфере здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения.
- Реформирование системы финансирования здравоохранения направлено на обеспечение устойчивости системы финансирования сферы здравоохранения и завершение перехода к преимущественно страховой форме.
- Мобилизация финансовых средств позволит наладить открытые и справедливые отношения между государством и обществом.

Цели реформы

- С 2013 г. здравоохранение планируется поэтапно перевести на одноканальное финансирование, то есть перейти к страховой модели здравоохранения, полностью основанной на тарифах обязательного медицинского страхования.
- Этому способствует увеличение страхового взноса на обязательное медицинское страхование: с 3,1% до 5,1% в 2012 г.

Преимущества реформированной системы финансирования в сравнении с бюджетно-страховой моделью

1. финансирование учреждений по смете заменяется финансированием за непосредственные результаты деятельности (за объемы оказанных услуг);
2. появляется возможность размещения государственного (муниципального) заказа в любых учреждениях здравоохранения для решения проблем межрайонных центров или медицинских округов, независимо от территориального расположения учреждений;

Преимущества реформированной системы финансирования в сравнении с бюджетно-страховой моделью

3. руководителю дается большая свобода в расходовании средств (отсутствие казначейского исполнения), но одновременно появляется большая ответственность;
4. контроль качества со стороны страховых организаций приобретает действенные формы, так как контролируются все аспекты, влияющие на качество;
5. появляется возможность точного учета финансирования в разрезе конкретных классов болезней и отдельных диагнозов.

Спасибо за внимание!