**[ГЛАВА 1.](#г1_титул) ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**В РОССИИ**

**1.1 Экономика здравоохранения в России и развитых странах**

Государственная система здравоохранения в РФ сегодня устроена следующим образом:

* по способу финансирования сложилась смешанная бюджетно-страховая модель;
* по системе организации медицинской помощи она носит отдельные черты модели, существовавшей в Советском Союзе;
* по управлению - разделена на 3 уровня (федеральный, региональный и муниципальный);
* по форме собственности поставщиков медицинских услуг, участвующих в реализации ПГГ (Программа государственных гарантий), выделены 3 ее вида: государственная (федеральная и региональная), муниципальная и частная. Отраслевая (ведомственная) медицинская служба осталась или в федеральной собственности (например, медицинская служба Министерства обороны), или стала частной в результате изменения формы собственности ведомств, которым она ранее принадлежала (например, медицинская служба ОАО «РЖД») [37].

На рисунке 1 представлен темп изменения (прироста/спада) ВВП и государственных расходов на здравоохранение в постоянных ценах (за 100% принят 1995 г.). С 1998 по 2007 г. среднегодовой темп роста ВВП составил 7% (в сопоставимых ценах по отношению к предыдущему году). А ежегодный темп роста государственных расходов на здравоохранение с 1998 по 2005 г. в среднем отставал от темпов роста ВВП почти в 2 раза. Расходы на здравоохранение в сопоставимых ценах падали с 1990 г. вплоть до 1999 г. и достигли уровня 1990 г. только в 2006 г. [54]. В этот период определенное улучшение экономических условий в стране не трансформировалось в заметный рост государственного финансирования здравоохранения. И только с началом реализации Программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных групп населения (ДЛО) в 2005 г. и приоритетного национального проекта (ПНП) «Здоровье» в 2006 г. темп роста расходов на здравоохранение начал опережать темп роста ВВП.

Рисунок 1. **Изменение ВВП и государственных расходов**

**на здравоохранение РФ в постоянных ценах (1995 г. - 100%)** [6, 7, 8, 37]

В РФ государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП (т.е. относительные расходы) составляют 1,7%, что в 1,8 раза ниже, чем в среднем в странах ОЭСР - 6,6% ВВП (рис. 2).

Список развитых стран с наибольшей долей затрат на здравоохранение в ВВП возглавляют США [55, 59, 62]. В 1992 – 2008 гг. в США расходы на здравоохранение составляли 13 – 16% от ВВП, во Франции – 9 – 10,5%, в Германии 9,9 – 10,9%.

Рисунок 2. **Общие и государственные расходы на здравоохранение в доле ВВП в разных странах** [37, 55, 59, 62]

На рисунке 3 отображены общие и государственные расходы на здравоохранение в 2007 г. в абсолютных показателях - в дол. по ППС (т.е. оцененные по паритету покупательной способности доллара США), на душу населения в год. Видно, что в России на 1 человека из государственных источников тратится 577 дол. по ППС (всего в РФ на здравоохранение в 2007 г. из всех источников было потрачено 1810 млрд руб., из них государственных - 1230 млрд руб. (Росстат, 2008)), что в 3,8 раза меньше, чем в среднем в странах ОЭСР (и в 1,5-2 раза ниже, чем в «новых» странах ЕС).

Даже при существенно меньших по сравнению с развитыми странами финансовых нормативах ПГГ (577 дол. по ППС против 2200 дол. по ППС) в 2007 г. в 70% субъектов РФ (60 из 83) эта программа не была исполнена - недофинансирование по сравнению с федеральным нормативом составило 65,4 млрд руб. В 2008 г. объем дефицита ПГГ в 49 субъектах РФ составил 42,8 млрд руб. И эта проблема недофинансирования ПГГ наблюдается в большинстве субъектов РФ, ежегодно, начиная с 1999 г., что свидетельствует как о постоянной нехватке средств в субъектах РФ, так и о неэффективности существующего механизма выравнивания ПГГ из Федерального Фонда обязательного медицинскою страхования и федерального бюджета.

Рисунок 3. **Общие и государственные подушевые расходы на здравоохранение в год в разных странах** [37, 61]

Вместе с тем имеется зависимость между государственным финансированием здравоохранения и показателями здоровья населения.

На рисунках 4 и 5 представлена зависимость показателей здоровья населения от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год. Видно, что при государственных расходах на душу населения в диапазоне от 0 до 1500 дол. по ППС существует прямо пропорциональная зависимость ожидаемой продолжительности жизни и общего коэффициента смертности от этих расходов. Как видно из этих рисунков, для достижения ожидаемой продолжительности жизни в 73 и 75 лет и общего коэффициента смертности 11,0 и 10,0 необходимо, чтобы подушевые государственные расходы на здравоохранение были соответственно не менее, чем 1100-1200дол. по ППС.

Рисунок 4. **Ожидаемая продолжительность жизни в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год, дол. по ППС** [37]

Следует отметить, что даже небольшое увеличение финансирование здравоохранения в рамках ПНП «Здоровье» позволило достичь заметных позитивных сдвигов как в ожидаемой продолжительности жизни, так и снижении общего коэффициента смертности населения страны.

Рисунок 5. **Общий коэффициент смертности в зависимости от подушевых государственных расходов на здравоохранение в год, дол. по ППС** [37]

Аналогичная зависимость выявлена между подушевыми расходами на территориальную программу государственных гарантий (ТПГГ) в год и уровнем смертности в разных субъектах РФ (для сравнения были отобраны 49 субъектов РФ со схожими климатическими условиями проживания и возрастной структурой населения из следующих федеральных округов: Приволжского, Центрального, Северо-Западного, Уральского и Южного) причем прослеживается она с уровня подушевого финансирования более чем 4,2 тыс. руб. в год.

Уровень подушевого финансирования здравоохранения в регионе менее 4,2 тыс. руб. настолько мал, что он уже перестает влиять на общий коэффициент смертности в этом регионе. Это подтверждает тезис о необходимости увеличения финансирования здравоохранения в регионах России в 2-3 раза, чтобы достичь к 2020 г. значения общего коэффициента Инертности равного 11,0.

**1.2 Государственные программы развития здравоохранения**

С 2006 г. под патронажем президента РФ начали реализовываться приоритетные национальные проекты: «Образование», «Доступное жилье», «Развитие агропромышленного комплекса» и «Здоровье». Наиболее масштабным и значимым являлся ПНП «Здоровье» (который также включал дополнительные меры в области демографии). Его реализация началась с 2006 г. Направления проекта представлены на рисунке 6 (см. приложение).

ПНП «Здоровье» показал, что ежегодное дополнительное увеличение государственного финансирования здравоохранения (в среднем ни 10% в год с 2006 по 2008 г.) обеспечило реальное улучшение здоровья населения РФ - ожидаемая продолжительность жизни увеличились на 2,2 года; общий коэффициент смертности понизился на 10%. Ежегодное снижение смертности позволило сохранить за 3 года 540 тыс. жизней российских граждан.

Вместе с тем следует отметить и недостатки в реализации проекта - акцент был сделан на вложения в развитие высоких технологий и инфраструктурной составляющей здравоохранения. Так, закупка дорогостоящего оборудования для ЛПУ, строительство центров высоких

технологий составили 40% в общих расходах на проект. Вложение в развитие первичной медико-санитарной помощи и профилактики, которые являются наиболее экономически эффективными мерами по улучшению здоровья населения, составили только 60%. Здесь прослеживается постоянная российская тенденция - потратить максимальное количество средств на строительство новых центров и закупку дорогостоящего оборудования.

Вложения в решение ключевых проблем здравоохранения (увеличение низкой оплаты труда медицинских работников и повышение их недостаточной квалификации), от которых определяющим образом зависит эффективность системы здравоохранения, были просто ничтожно малы и составили соответственно только 21 и 0,2% от общего объема средств ПНП «Здоровье». Акцент следует сместить на улучшение качества профилактического и поликлинического обслуживания населения.

Следует отметить также непрозрачность критериев отбора федеральных учреждений и субъектов РФ для оснащения дорогостоящим оборудованием и для строительства новых центров. Такое распределение необходимо проводить или на основании процедуры открытых конкурсов, или по утвержденному, например 10-летнему, плану поэтапного технического перевооружения отрасли, в котором предусмотрены интересы населения всех субъектов РФ.

В ходе реализации ПНП «Здоровье» стало очевидно, что политический фактор является определяющим в стимулировании системных преобразований в отрасли. Увеличение финансирования здравоохранения - необходимое условие для улучшения здоровья населения РФ. Для повышения эффективности вложений в здравоохранение необходимы широкое экспертное обсуждение и научное обоснование принимаемых решений.

Интегрирование национального проекта «Здоровье» в стратегию развития здравоохранения и поэтапное увеличение финансирования здравоохранения к 2014 году в 2 раза позволит сохранить положительную динамику улучшения здоровья населения, достичь увеличения общей продолжительности жизни (ОПЖ) до 73 лет и приблизиться к снижению смертности в 1,5 раза к 2020 г. Реализация стратегии должна проходить под патронажем президента РФ и правительства РФ и оставаться приоритетом государственной политики в сохранении и укреплении человеческого потенциала нашей страны.

Изначально вариант системы финансирования в стране необходимо выбирать с учетом мировых тенденций. Это позволит повысить эффективность оказания качественной медицинской помощи населению, а не просто наращивать расходы на здравоохранение [60].

Проект «Концепции развития здравоохранения до 2020 г.» представлен Министерством здравоохранения и социального развития РФ. В данном документе представлены важнейшие предложения по увеличению государственного финансирования здравоохранения, развитию системы охраны здоровья, конкретизации ПГГ и повышению квалификации медицинских кадров. В рамках реализации Концепции развития здравоохранения до 2020 года предусмотрено совершенствование федерального законодательства и приведение его в соответствие с потребностями развития здравоохранения, для чего планируется разработка и принятие федеральных законов [41]. Однако практически не раскрыты механизмы реализации перечисленных задач. Некоторые предложения по системе организации медицинской помощи крайне неоднозначны - например, касающиеся организации трех «саморегулируемых и конкурирующих» между собой уровней медицинской помощи, создания «службы маршрутизации» больных, развития профилактической помощи.

В Концепции недостаточно освещены вопросы повышения эффективности государственного управления, механизмов государственно - частного партнерства, не представлен порядок контроля за реализацией Концепции и отчетности за полученные результаты. Существуют крайне негативные оценки реализации проводимых реформ: «Впервые в истории страны мы в год теряем 500 тысяч человек, которые умирают потому, что им не была оказана медпомощь. Из них львиная доля за ней даже не обращалась» [41]. Большим плюсом советской системы здравоохранения было наличие обязательных медицинских осмотров на предприятиях, диспансеризация всего населения. Сейчас «Уничтожена медицинская промышленность... Фактически прекратилось даже производство собственных антибиотиков. Это, как и вообще проблема со здравоохранением, является проблемой государственной безопасности…» [45].

Источниками увеличения государственных расходов на здравоохранение могут стать: введение прогрессивной шкалы налогообложения и страховых взносов (общепринятых в развитых странах), рост в 3-4 раза акцизов на алкоголь и табак; нормирование (в долях от ВВП или от консолидированного бюджета) отчислений регионов на здравоохранение.

Главными направлениями стратегии развития здравоохранения должны стать:

* эффективное и справедливое распределение ресурсов здравоохранения между субъектами РФ путем установления одного плательщика в лице ОМС и централизации большей доли средств в федеральном фонде ОМС;
* повышение заработной платы медицинских работников в 2 раза и повышение уровня их квалификации;
* адаптация существующей (советской) системы организации медицинской помощи к современным условиям, приоритет развития амбулаторно-поликлинической службы и лекарственного обеспечения населения, восстановление производственной и школьном медицины; повышение эффективности управления, в том числе внедрение рыночных инструментов управления, расширение автономии государственных и муниципальных ЛПУ (при условии сохранения субсидиарной ответственности собственника). Усиление ответственности и публичной отчетности руководителей за реализацию целей и задач Стратегии;
* межведомственные программы по охране здоровья населения [46].

**1.3 Страховая медицина и расходы населения на здравоохранение**

В советском государстве бесплатное получение медицинской помощи было гарантировано всем гражданам, но сами эти гарантии были сформулированы в законодательстве в общем виде. В статье 42 Конституции СССР (1977 год) было записано, что право граждан на охрану здоровья «обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения, расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан». При этом перечень видов услуг, которые вправе был получить каждый гражданин, законом не определялся. Фактически это означало право граждан на бесплатное получение помощи в доступных для них медицинских учреждениях. При этом для лиц с разным социальным статусом, для жителей разных территорий были доступны разные по качеству оказываемой медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения. При недостатке государственного финансирования здравоохранения часть расходов на медицинские нужды перемещается на население и работодателей [52]. Данные государственной статистики свидетельствуют о высоких темпах роста взносов физических и юридических лиц на добровольное медицинское страхование и объемов предоставления населению платных медицинских услуг.

Существуют различные подходы к определению доли расходов населения на здравоохранение, в том числе и с учетом готовности населения его финансировать [30]. Размеры государственного финансирования здравоохранения, сократившиеся более чем на треть в 1990-е гг., лишь в 2005 г. в реальном выражении достигли уровня пятнадцатилетней давности. В то же время государственные гарантии, как и в советское время, предусматривают, что оказание медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения должно быть бесплатным для населения, и не определяют объем таких гарантий для отдельного гражданина. Для этих гарантий характерно расхождение между ожидаемыми населением объемами их предоставления и реальными возможностями государства. Это расхождение при сократившемся государственном финансировании трансформируется в разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условиями получения медицинской помощи. Расходы населения на лекарственные средства и медицинские услуги устойчиво растут высокими темпами, которые не сократились в последние годы, несмотря на рост государственного финансирования. В расходах домохозяйств растет доля средств, затрачиваемых на медицинскую помощь. В 1994 г. доля затрат на медицинские услуги, лекарственные средства, медицинские товары и предметы гигиены составляла 2,9% от потребительских расходов населения, в 2000 году - 3,5%, а в 2004 г. — уже 4,8%, но в кризисные годы эти показатели несколько снизились: в 2008 году до 3,9%, в 2009 до 4,5%. При этом существуют значительные различия в этих показателях между группами населения с низким и высоким уровнями дохода. Если сравнить, например, крайние децильные группы, то бедные в 2008 году вынуждены были тратить на медикаменты большую часть своих расходов: 24,7% против 2,1% у богатых, по данным 2009 года – 22,9% и 2,2% соответственно, но доля расходов на медицинские услуги самой богатой части населения (1,8%) в несколько раз превышает аналогичный показатель у беднейшей группы населения (0,2%) [9].

Граждане вынуждены прибегать к оплате медицинских услуг, приобретать лекарства не только для лечения дома, но и находясь на лечении в медицинском учреждении. Результаты социологических исследований свидетельствует, что такие практики получили широкую распространенность, но все же еще не стали повсеместным явлением [10]. Размер оплаты медицинской помощи гражданами характеризуется значительными региональными различиями и неравенством в распределении бремени расходов между группами населения, различающимися по уровню дохода. При этом существует статистически значимая обратная связь между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и распространенностью практик оплаты лечения в больницах. Доля среднемесячных затрат домохозяйств на лечение (на амбулаторную и стационарную медицинскую помощь и лекарства) в расходах домохозяйств помимо затрат на питание в 1,5 раза выше для домохозяйств из первых двух квинтильных групп (т.е. для бедных, чем для домохозяйств из пятой группы (богатых).

Таким образом, в мировой практике встречаются несколько моделей функционирования системы здравоохранения. В России это смешанная бюджетно-страховая модель с трехуровневой системой управления. Реализация государственной программы развития здравоохранения обеспечило реальное улучшение здоровья населения, но в целом финансирование отрасли остается недостаточным и значительно ниже в сравнении с развитыми странами. Государство не способно в полной мере обеспечить население качественной медицинской помощью. Для лиц с разным социальным статусом и жителей разных территорий доступны разные по качеству медицинские услуги. В целом по стране, доля средств, затрачиваемых на медицинскую помощь в структуре расходов домохозяйств возросла, при этом остаются значительные различия в этих показателях между группами населения с низким и высоким уровнями дохода.

**ГЛАВА 2. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ И ФИНАНСОВЫЕ ОСНОВЫ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ**

**2.1 Состав и структура страховой медицины**

Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющая своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-I "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"). При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине - это дополнительный источник финансирования медицинских затрат.

В большинстве стран мира расходы граждан, связанные с получением медицинской помощи, возмещаются за счет средств обязательного или/и добровольного медицинского страхования [19].

Согласно Закону РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» субъектами обязательного медицинского страхования (ОМС) являются юридические лица, обязанные в соответствии с законом заключать договор ОМС и уплачивать страховые взносы. 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. Кроме того, СМО независимо от ее организационно-правовой формы на дату регистрации должна иметь оплаченный уставный капитал стоимостью не менее 1200-кратного минимального размера оплаты труда, установленного законодательством. Другие организационные, экономические требования, предъявляемые к деятельности СМО, изложены в Общем положении о СМО, утвержденном постановлением Правительства РФ № 41 от 23.01.92. Страховые медицинские организации проводят ОМС на некоммерческой основе [22]. Застрахованными лицами являются физические лица, в пользу которых заключен договор ОМС.

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 и добровольного медицинского страхования, а также прошедшие аккредитацию и получившие соответствующий сертификат [18].

Добровольное медицинское страхование регулируется теми же законами, что и ОМС.

Предметом ДМС является здоровье застрахованного лица, подверженное риску его повреждения в результате неблагоприятных событий или заболевания застрахованного, вызывающих необходимость обращения в медицинские учреждения за получением медицинской помощи.

Объектом ДМС являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с дополнительными затратами на получение медицинской помощи в связи с обращением в медицинские учреждения.

Страховым случаем является обращение застрахованного лица в течение срока действия договора ДМС в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором при заболеваниях, повреждениях здоровья иди определенных состояниях застрахованного, требующих оказания медицинской помощи, услуг, включенных в программу (договор) ДМС.

Субъектами ДМС являются страхователи, страховщики, застрахованные лица, медицинские учреждения.

Страхователями при ДМС могут быть в отличие от ОМС дееспособные физические лица, заключающие, как правило, договоры индивидуального медицинского страхования в свою пользу (страхователь является одновременно и застрахованным лицом) или в пользу другого лица (застрахованного) и уплачивающие страховую премию (взносы) из своих доходов. Страхователями являются также юридические лица, заключающие договоры коллективного медицинского страхования в пользу своих работников.

Страхователи — юридические лица могут уплачивать страховую премию по договорам ДМС за счет средств создаваемых ими страховых фондов для проведения различных видов страховой защиты путем отчислений, относимых на издержки производства и обращения. При недостатке этих средств возможно использование прибыли, остающейся в распоряжении предприятия (чистой прибыли).

Страховщиками при добровольном медицинском страховании могут быть не только СМО, но и страховые компании, проводящие другие виды личного и имущественного страхования, получившие лицензию на ДМС.

Застрахованными лицами могут быть физические лица, не имеющие заболеваний, ограничивающих принятие их на страхование в соответствии с правилами ДМС. Не принимаются обычно на страхование граждане, состоящие на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, а также ВИЧ-инфицированные, инвалиды I группы. Договор ДМС (в большинстве случаев) заключается на основании письменного заявления страхователя по установленной страховщиком форме и прилаженной к нему «Анкеты здоровья» подлежащего страхованию физического лица (застрахованного). За достоверность представленных в заявлении и «Анкете здоровья» данных несут ответственность согласно ч. 3 ст. 944 ГК РФ страхователь и застрахованное лицо. Договор ДМС может быть заключен без проведения медицинского освидетельствования состояния здоровья застрахованного [20].

Медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь и услуги застрахованным лицам по программам ДМС, должны соответствовать тем же требованиям, что и при ОМС. Они предоставляют медицинские услуги, помощь по программам ДМС на договорной основе со страховщиками.

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. Обязательное медицинское страхование предусматривает минимально необходимый перечень медицинских услуг, который гарантируется каждому человеку, имеющему страховой полис, право на пользование медицинскими услугами: услугами стационара, поликлиники, помощью на дому и т.п. Однако страховая медицина не предусматривает уход за больными, проведение профосмотров, дорогостоящего лечения.

Добровольное медицинское страхование является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным [24].

Основные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования друг от друга состоят в следующем:

1. По классификации отраслей:

- обязательное медицинское страхование — один из видов социального страхования;

- добровольное медицинское страхование - один из видов личного страхования (по законодательству Российской Федерации);

2. По кругу (охвату) страхователей (застрахованных):

- для обязательного медицинского страхования характерен всеобщий, массовый охват;

- для добровольного медицинского страхования - в силу принципа добровольности заключения договора носит выборочный характер и может проявляться в форме как коллективного, так и индивидуального страхования;

3. По признаку инструментов правового регулирования: обязательное медицинское страхование регламентируется в основном законом об обязательном страховании, добровольное медицинское страхование регулируется действующим гражданским законодательством и специальным страховым законодательством (например, законом о договоре страхования, как в Германии, или законом об организации страхового дела в РФ, как в России);

4. По субъектному составу: обязательное медицинское страхование осуществляется, как правило, государственной организацией и страхователями выступают работодатели; добровольное медицинское страхование осуществляется частными страховыми организациями и страхователями выступают юридические лица и граждане по собственному волеизъявлению;

5. По порядку установления условий страхования: в обязательном медицинском страховании определяются государством и, как правило, закрепляются в законе об обязательном страховании; в добровольном медицинском страховании условия страхования, определяются коммерческими страховыми компаниями;

6. По источнику финансирования:

- в обязательном медицинском страховании - это взносы работодателей, государственный бюджет;

- в добровольном медицинском страховании - источник формируется из личных доходов граждан, прибыли работодателей, и по природе своей это добровольные расходы страхователей;

7. По объему страхового покрытия:

- обязательное медицинское страхование гарантирует стандартный минимальный объем услуг, при этом программа, как правило, утверждается компетентным органом государственной власти;

- в добровольном медицинском страховании программа страхования и объем услуг устанавливаются правилами страхования и договором страхования;

8. По применяемым принципам контроля качества медицинских услуг:

- в обязательном медицинском страховании система контроля качества определяется компетентным органом государственной власти;

- в добровольном медицинском страховании система контроля качества устанавливается договором страхования [26].

Бюджетный источник финансирования участия государства в обязательном медицинском страховании при уплате взносов за определенные категории населения (неработающее население: пенсионеры, дети и некоторые другие) формируется за счет налогов. Средства по этой статье бюджетных расходов аккумулируются в специальном государственном фонде, который распределяет средства среди тех страховых компаний, которые обладают правом на осуществление обязательного медицинского страхования. Страховые компании, в свою очередь, являясь посредниками между государством и медицинским учреждением, занимаются экономической экспертизой медицинских услуг учреждений и решают проблему эффективности использования выделенных средств [28].

Добровольное медицинское страхование может осуществляться как дополнительное к обязательному страхованию, но на основе договора (т.е. на добровольной основе) либо как самостоятельный вид страхования безотносительно к тому, существует ли в той или иной стране система обязательного медицинского страхования.

Существующее социальное страхование призвано возмещать ущербы при утрате трудоспособности и ущерба здоровью с помощью материального возмещения утраты заработка, а также оплаты услуг в связи с лечением и реабилитацией. Также социальное страхование призвано обеспечивать застрахованным покрытие расходов в случае болезни, при наступлении старости, инвалидности, безработицы, беременности. Перераспределительная и стабилизирующая функции социального страхования позволяют управлять финансовыми потоками [16].

Обязательное медицинское страхование носит всеобщий, государственный и некоммерческий характер. Все члены общества имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС, однако фактически потребление медицинских услуг осуществляется лишь отдельными, нуждающимися в них лицами. Основной принцип "здоровый платит за больного" заключается в том, что страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь по обращению за медицинской помощью. Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависит от абсолютного размера платежа по ОМС. Граждане с различным уровнем дохода и соответственно с различным объемом начислений на заработную плату имеют одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу обязательного медицинского страхования (принцип "богатый платит за бедного") [13].

ОМС осуществляется на основе двух видов программ — базовой программы и территориальных (по субъектам РФ) программ ОМС. Базовая программа разрабатывается Минздравом РФ, согласовывается с Минфином РФ, профсоюзными органами и утверждается Правительством РФ. Базовой программой ОМС гарантируются:

* первичная медико-санитарная помощь, включающая скорую медицинскую помощь, диагностику и лечение в амбулаторных условиях (включая неотложную и доврачебную помощь), консультации специалистов, прививки, периодические медицинские осмотры установленных контингентов, дородовой или послеродовой патронаж, прерывание беременности;
* первичная медико-социальная помощь (включая доврачебную помощь и помощь на дому больным, инвалидам и престарелым);
* восстановительное лечение, реабилитация и динамическое наблюдение детей, подростков, инвалидов;
* стационарная медицинская помощь больным с острыми заболеваниями и обострениями, хроническими заболеваниями, при травмах, отравлениях, ожогах, инфекционных заболеваниях, лицам, подлежащим изоляции в стационаре, плановой госпитализации для диагностических исследований и лечения.

На основе базовой программы органами управления субъектов РФ разрабатываются и утверждаются территориальные программы ОМС (ТП ОМС). Объем и условия оказания медицинских услуг, предусмотренные ТП ОМС, не могут быть ниже установленных в базовой программе [3].

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет уплаты страхователями страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды ОМС, созданные органами государственной власти (Федеральным Собранием и Правительством РФ, органами власти субъектов РФ) и осуществляющие свою деятельность как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения [11].

Для обеспечения равных условий оказания населению медицинской помощи по ОМС во всех субъектах РФ используются средства Федерального фонда ОМС (ФФ ОМС) и финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения.

Страхователи-работодатели производят отчисления (страховые взносы) за работающих граждан в эти фонды по страховому тарифу от фонда оплаты труда (ФОТ) по всем основаниям, который устанавливается законом. За неработающих граждан взносы перечисляются соответствующими органами исполнительной власти субъектов РФ, муниципальными образованиями из их бюджетов по установленной ставке на одного человека. При недостатке средств в муниципальных бюджетах предусматривается возможность целевых дотаций из бюджетов субъектов РФ на уплату взносов в фонды ОМС.

Страховая медицинская организация получает средства на оплату оказанных застрахованным лицам медицинских услуг по ОМС от территориального фонда ОМС (ТФ ОМС) на основании договора о проведении ОМС и его финансирования между страховщиком и этим фондом [15].

Принципиальная схема движения финансовых средств и организации страховых отношений в системе ОМС представлена на рисунке 7 [17].

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании двух видов договоров: договора на оказание медицинских услуг, заключаемого между страховщиком и медицинским учреждением, и договора ОМС между страхователем и страховой медицинской организацией (СМО).

Договоры об оказании медицинской помощи и услуг застрахованным по ОМС заключаются между СМО — страховщиками и медицинскими учреждениями. Порядок, условия заключения, исполнения, изменения и прекращения данного договора регулируются ст. 420—453 ГК РФ и указанным выше законом о медицинском страховании. Договор наряду с общепринятыми положениями содержит: перечень и объем подлежащих оказанию медицинских услуг по программе ОМС; количество застрахованных лиц, порядок их обращения за медицинской помощью и учета объема оказанных услуг; размер платы (тарифов) за медицинские услуги, порядок их установления и согласования со страховщиком; порядок и форму расчетов между сторонами договора; требования к качеству медицинских услуг и ответственность исполнителя за низкий его уровень [21].

Рисунок 7. **Принципиальная схема организации ОМС** [17]

В соответствии с разработанными в 1993 г. ФФ ОМС «Методическими рекомендациями по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС граждан» применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

* по смете расходов на оказание медицинских услуг по перечню, включенному в программу ОМС;
* по средней стоимости пролеченного больного данной группы больных;
* за пролеченного больного;
* за число койко-дней;
* комбинированный способ.

Тарифы на медицинские услуги при ОМС согласно Закону о медицинском страховании устанавливаются соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами исполнительной власти субъектов РФ, муниципальных образований и профессиональными медицинскими ассоциациями [23].

Страховой полис ОМС выдается застрахованному лицу страховой медицинской организацией или страхователем-работодателем, а в некоторых случаях — медицинскими учреждениями по постоянному месту жительства. По страховому полису ОМС застрахованные граждане имеют право на получение медицинских услуг по перечню и в объеме, предусмотренных в программе ОМС, на всей территории РФ; свободный выбор медицинской организации и врача; предъявление иска страхователю, СМО, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного вреда здоровью.

В системе ОМС страховщику отводится ведущая роль в организации страхования граждан на случай болезни, повреждения здоровья; в использовании средств, уплачиваемых страхователями в фонды ОМС в виде страховых взносов; в контроле за объемом и качеством оказываемых застрахованным лицам медицинских услуг аккредитованными медицинскими учреждениями.

Страхователь, а также застрахованный гражданин при неудовлетворительной работе СМО по организации страхования, по контролю за объемом и качеством предоставляемых медицинскими учреждениями услуг или защите интересов застрахованных лиц (в том числе в суде) вправе обратиться в ТФ ОМС с просьбой о замене СМО. Страхователь может также расторгнуть договор ОМС [27].

Если финансовые средства государственной системы ОМС (страховой фонд) аккумулируются в централизованных Федеральном и территориальных фондах ОМС, минуя СМО, то страховые фонды ДМС формируются и используются децентрализованно — непосредственно страховщиками.

Принципиальная схема движения финансовых средств и организации страховых отношений при ДМС представлена на рисунке 8 [17].

Рисунок 8. **Принципиальная схема организации ДМС** [17]

ДМС проводится, как и ОМС, на основании двух видов договоров: договора ДМС между страхователем и страховщиком и договора на предоставление медицинских услуг по программе ДМС, заключаемого между страховщиком и медицинским учреждением.

Содержание договора ДМС практически одинаково с договором ОМС. Но существуют некоторые особенности. Объем страховой ответственности (обязательств) страховщика в договоре ДМС может устанавливаться по соглашению сторон как по всему перечню услуг, предоставляемых стационарными и амбулаторными медицинскими учреждениями по программам ДМС, так и выборочно. В связи с этой особенностью в договоре ДМС предусматривается страховая сумма как предельный уровень страхового обеспечения, определяемая исходя из перечня и стоимости медицинских услуг по данному договору.

Страховая премия, уплачиваемая страхователем за страхование, исчисляется страховщиком разными способами. В частности, по одному из них страховая премия определяется исходя из стоимости программы ДМС или перечня медицинских услуг из этой программы, включенных в договор ДМС, и рассчитанной по статистическим данным убыточности страховой суммы. Применяется и другой способ расчета страховой премии: умножение страхового тарифа на величину страховой суммы. Срок действия страховой защиты застрахованного лица при ДМС всегда ограничен сроком действия договора ДМС, который может быть от установленного страховщиком минимального периода до одного года или более, в то же время как ОМС действует бессрочно. При неуплате страхователем очередных страховых взносов при рассроченном платеже страховой премии по договору ДМС страховая защита имущественных интересов застрахованного лица может быть прекращена. По страховому полису ОМС застрахованный получает медицинскую помощь и в том случае, если страхователь не уплатил (просрочил) очередной страховой взнос [48].

Функции, обязанности, права и ответственность субъектов ДМС аналогичны существующим при обязательном медицинском страховании.

**2.2 Теория и практика функционирования страховой медицины за рубежом**

Существует две принципиальные модели медицинского страхования - обязательное и добровольное. Обе системы медицинского страхования образуют взаимодополняющую модель, которая позволяет обеспечить покрытие всех или почти всех рисков расходов, связанных с заболеванием и его последствиями.

В зарубежной практике способы распределения «ответственности» между добровольным и обязательным медицинским страхованием различаются. В одних государствах добровольное медицинское страхование играет второстепенную роль (Великобритания) и служит дополнительным источником покрытия расходов на медицинские услуги. В Германии, Нидерландах наоборот - занимает более важное и может заменять обязательное (государственное) страхование. По общему правилу зарубежная практика такова, что при использовании комбинированной системы медицинского страхования (и обязательной и добровольной форм) чем большая часть населения вовлечена в обязательное (государственное) медицинское страхование, тем меньшая его часть обращена к добровольному [14].

Обычно стоимость оказанных медицинских услуг не возмещается страховщиком, если застрахованный получил травму или с ним произошел несчастный случай: в состоянии алкогольного, наркологического или токсического опьянения; в результате совершения застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с повреждением здоровья; в результате покушения на самоубийство, за исключением когда застрахованный не доведен до такого состояния третьими лицами; при умышленном причинении себе телесных повреждений и т. д. [12]

В России договор добровольного медицинского страхования часто заключается в форме коллективного страхования, где в качестве страхователя выступают предприятия и организации, заключающие договор со страховщиком о страховании своих работников или иных физических лиц (например, членов семей работников). Ставки страховых взносов по коллективному страхованию обычно ниже, чем по индивидуальному.

Важными тенденциями, характерными для системы здравоохранения многих зарубежных стран и во многом предопределенными развитием добровольного медицинского страхования, являются уменьшение времени пребывания застрахованных в стационаре и широкое распространение амбулаторной медицинской практики и дневного стауионара, в том числе и для проведения целого ряда операционных вмешательств. Это, в свою очередь, позволило частным страховщикам более четко структурировать риски, принимаемые на страхование, а также более эффективно управлять рисками, как в рамках отдельного договора или группы договоров, так и в целом в указанном виде страхования [25].

Зарубежная страховая компания, как правило, предлагает страхователю (застрахованному лицу) два варианта возмещения медицинских расходов, связанных с получением медицинской помощи: это оплата счетов непосредственно медицинскому учреждению, если у страховщика существуют договорные отношения с таким медицинским учреждением и компенсация расходов самому страхователю после того, как он произвел такие расходы, на основе выставленных счетов.

В большинстве зарубежных стран большое внимание уделяется системе ценообразования и оплаты медицинских услуг. Поскольку интересы сторон в таких переговорах противоположны, а страховщик представляет интересы значительных групп населения, эти отношения жестко регламентированы. Обязательно отслеживается идентичность тарифов на медицинские услуги, предоставляемые одним лечебным учреждением различным страховым компаниям [43].

Как уже было отмечено, добровольное медицинское страхование служит дополнением обязательному медицинскому страхованию и обеспечивает предоставление медицинских услуг в более комфортных условиях. Необходимо государственное регулирование в определении доли услуг, предоставляемых ЛПУ в рамках добровольного медицинского страхования. В качестве основных методов оплаты услуг стационарного лечения применяются следующие способы финансирования:

а) по фактически произведенным затратам;

б) по количеству койко-дней на основе фиксированной ставки суточных расходов (издержек);

в) за пролеченного больного по нормативным показателям;

г) путем формирования годового бюджета в отношении договорного объема деятельности стационара [51].

Для возмещения сумм, израсходованных на лечение, страховщики предлагают договоры страхования, по которым в качестве базовых возмещаются:

а) расходы на госпитализацию и стационарное лечение,

б) расходы на амбулаторное лечение,

в) на стоматологическую помощь

г) расходы на приобретение лекарств.

Предоставление покрытия в отношении двух последних видов расходов имеет определенные особенности. Например, срок действия договора делится на два этапа (периода): первый предполагает частичное покрытие указанных расходов, и в течение периода частичного покрытия расходов на стоматологическую помощь или приобретение медикаментов в аптеке доля участия страховщика увеличивается, а доля собственного удержания страхователя снижается, затем наступает период покрытия указанных расходов в полном размере. Пример описанных условий страхования может выглядеть следующим образом: в первый год страхования участие страховщика в компенсации расходов в связи с получением страхователем стоматологической помощи может составить 30%, тогда как собственное удержание страхователя -70%, во второй год это соотношение составит 40% к 60%, в третий - 50% к 50%, на четвертый год модифицируется до 70% к 30% и лишь с пятого года страхования страховщик начнет возмещать 100% понесенных расходов.

По договору, как правило, компенсируются или оплачиваются и те расходы, которые могут потребоваться на реабилитацию излеченного больного, если такие расходы могут быть квалифицированы как расходы, непосредственно связанные с ранее понесенными медицинскими расходами, сама реабилитация предписана показаниями врача и осуществляется в сроки и в порядке, предписанном врачом. Полис может предусматривать также покрытие так называемых «связанных» расходов, т.е. расходов, непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг, например, дополнительный (в том числе специальный) уход младшего медицинского персонала, транспортные расходы и т.п. [25].

В качестве дополнительной опции (дополнительного покрытия) договор может также включать покрытие в отношении потери дохода, возникшей в связи с утратой временной трудоспособности по причине болезни. Конечно, в этой связи должен соблюдаться принцип прямой причинно-следственной связи между временной утратой трудоспособности и заболеванием, покрываемым по договору, а также должна существовать возможность обоснования и доказывания объема (размера) потери дохода.

В некоторых странах также допускается возможность включения в договор добровольного медицинского страхования условия о выплате страхового пособия, общий размер которого зависит от числа дней болезни — в случае временной утраты трудоспособности, либо аннуитета (ренты) в случае утраты трудоспособности на длительное время. Здесь важно учитывать, что такая практика не является единообразной: во многих странах вышеназванное покрытие предоставляется по страхованию жизни.

Вариантов комбинирования в структуре покрытия видов медицинских услуг, расходы по которым компенсируются страховщиком, размера, формы и типа возмещения, а также иных факторов — множество.

По договору страхования расходов на госпитализацию (часто такое страхование именуют еще «Клиника» или «Клиника Плюс» в зависимости от условий страхового покрытия) возмещение расходов может осуществляться в полном размере суммы произведенных расходов, указанной в счете, или частично, либо по твердой ставке за каждый день пребывания в клинике. Страховщик может установить при этом дополнительный лимит ответственности по одному случаю или по одному виду услуг (амбулаторные, стационарные и т.п.), а может указать совокупный (агрегатный) годовой лимит в отношении всех случаев обращения за любой медицинской помощью. В договоре может быть также предусмотрено возмещение расходов, соответствующих минимальному набору медицинских услуг, либо возмещение любых расходов, кроме тех, которые оказаны в связи с заболеваниями, причины которых или которые (сами заболевания) включены в объем исключений по полису. В некоторых случаях в странах, где установлено соотношение между обязательным и добровольным медицинским страхованием, полис может также предусматривать возмещение расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, сверх уровня (объема медицинских услуг и сумм расходов по ним), гарантированного государством. Распространенной стала также возможность приобретения дополнительной опции в отношении так называемого страхования «смертельных болезней» [34].

Для теории и практики зарубежного добровольного медицинского страхования характерны четыре очень важных базовых элемента, которые отличают ее от Российской:

а) так называемая «рисковая» модель страхования — она означает, что страховщик предоставляет страховое покрытие по договору, не требуя прикрепления страхователя к определенному медицинскому учреждению или учреждениям. Страховщик формулирует существенные условия страхования (виды медицинской помощи, перечень услуг, виды расходов и т.п.), в том числе устанавливает годовой лимит ответственности, в рамках которого он будет возмещать указанные расходы. Учитывая сказанное, страховой тариф отражает особенности рисковой модели и колеблется в среднем в пределах 10%. Для сравнения: российская модель добровольного медицинского страхования предполагает возмещение расходов, понесенных в связи с получением медицинской помощи в определенных медицинских учреждениях, поименованных в полисе страхователя (застрахованного), так называемая система прикрепления;

б) срок страхования - как правило, добровольное медицинское страхование является долгосрочным. В некоторых странах, правда, существует законодательное ограничение срока страхования (например, в Германии), однако и в них срок страхования по общему правилу составляет пять, десять, а то и более лет. Указанные ограничения скорее направлены на защиту интересов страховых организаций: они дают возможность по истечении определенного времени еще раз осуществить оценку степени риска, который наверняка изменится по истечении десяти и более лет жизнедеятельности человека;

в) период ожидания — или временная франшиза, устанавливая которую, страховщик может установить в договоре страхования некоторый временной интервал, что будет означать, что любые расходы, возникшие в связи с получением медицинской помощи (медицинских услуг) в указанный период (период ожидания), страхователь возмещает самостоятельно, независимо от того, что причины обращения за медицинской помощью (услугами) покрываются по полису. Как и любая франшиза, период ожидания влияет на стоимость страхования в сторону ее снижения. Как правило, период ожидания в зависимости от вида страхования, опыта страховой компании, индивидуальных особенностей риска, иной раз и мотивов страхования, колеблется от 30 до 365 дней (с учетом, конечно, длительного периода страхования, характерного для зарубежной практики осуществления добровольного медицинского страхования);

г) момент (возраст) вхождения в договор страхования - как и предыдущее понятие, возраст вхождения в договор тесно связан с особенностями срока страхования в добровольном медицинском страховании.

Применение данного условия предполагает, что для каждого конкретного страхователя (застрахованного) в течение всего срока страхования будут применяться тарифы, установленные в момент (в возрасте) его вхождения в договор страхования. Это означает, что чем моложе человек, желающий заключить договор добровольного медицинского страхования, тем выгоднее условия он получит, и при этом - на весь период страхования [18].

Для развитых стран характерна тенденция постоянного увеличения инвестиций в сферу здравоохранения. Так, в последние годы их удельный вес составляет около 10-14% от валового национального продукта, иногда как в России не более 3%. Реальная возможность оздоровления нации определяется в конечном итоге теми финансовыми ресурсами, которые выделяются на ее содержание и развитие.

В мировой практике известны 3 основные модели организации и финансирования здравоохранения: платная медицина, действующая на рыночных отношениях; государственная медицинская помощь с бюджетной системой финансирования; организация здравоохранения на принципах социального страхования и многоканальной системы финансирования отрасли. В России осуществляется переход к третьей модели, совмещающей в себе возможности рынка и государственного регулирования с широким использованием медицинского страхования (добровольного и обязательного). В качестве источников финансирования используются бюджетные ассигнования и разнообразные внебюджетные средства (целевые фонды, ФОМС, банковские кредиты и т.д.). Важнейшими являются бюджетные ассигнования и средства фонда ОМС. Проблема состоит в правильном и четком разграничении объектов, финансируемых за счет этих источников, выработка критериев, позволяющих определить целесообразность использования того или иного источника, эффективность использования финансовых средств всеми участниками системы ОМС.

В ходе реформирования Российской системы здравоохранения должен быть тщательно проанализирован зарубежный опыт и использованы основные концептуальные преимущества, способные улучшить положение в отрасли.

**2.3 Государственный фонд обязательного медицинского страхования как основа страховой медицины**

В наиболее широком смысле медицинское страхование представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов [36].

В России федеральный фонд обязательного медицинского страхования реализует государственную политику в области обязательного медицинского страхования граждан как составной части государственного социального страхования. Федеральный фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансовo-кредитным учреждением, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца.

Основными задачами Федерального фонда являются:

- финансовое обеспечение установленных законодательством Российской Федерации прав граждан на медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в целях, предусмотренных Законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";

- обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования и создание условий для выравнивания объема и качества медицинской помощи, предоставляемой гражданам на всей территории Российской Федерации в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

- аккумулирование финансовых средств Федерального фонда для обеспечения финансовой стабильности системы обязательного медицинского страхования.

В целях выполнения основных задач Федеральный фонд осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования, разрабатывает и в установленном порядке вносит предложения о размере взносов, осуществляет в соответствии с установленным порядком аккумулирование финансовых средств Федерального фонда, выделяет средства территориальным фондам обязательного медицинского страхования, осуществляет контроль за своевременным и полным перечислением страховых взносов (отчислений) и за рациональным использованием финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения соответствующих ревизий и целевых проверок, осуществляет организационно-методическую деятельность, вносит предложения по совершенствованию законодательных актов по вопросам ОМС, участвует в разработке базовой программы ОМС, осуществляет сбор и анализ информации, организовывает подготовку специалистов для системы обязательного медицинского страхования и др.

Финансовые средства Федерального фонда являются федеральной собственностью, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Финансовые средства Федерального фонда образуются за счет отчислений хозяйствующих субъектов, ассигнований из федерального бюджета, добровольных взносов юридических и физических лиц, доходов от использования временно свободных финансовых средств, нормированного страхового запаса Федерального фонда, поступлений из иных источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Страховые взносы (отчисления) в Федеральный фонд перечисляются хозяйствующими субъектами и иными организациями в соответствии с установленным порядком.

К компетенции правления Федерального фонда относится решение следующих вопросов касающихся утверждения планов работы, рассмотрения отчетов об их исполнении, утверждение годовых отчетов о результатах деятельности Федерального фонда, определение порядка использования доходов, утверждение потока финансовых средств, рассмотрение проектов базовой программы ОМС и тарифов, рассмотрение проектов нормативных актов и др.

Состав правления Федерального фонда в количестве 11 человек утверждается Правительством Российской Федерации. Срок полномочий правления 3 года. Контроль за деятельностью Федерального фонда осуществляет ревизионная комиссия.

Территориальные фонды - некоммерческие организации, созданные субъектами Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. Территориальные фонды осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом. Также территориальные фонды осуществляют полномочия обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения. Территориальный фонд является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением и является юридическим лицом, осуществляет свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Для реализации полномочий, установленных Федеральным законом, территориальные фонды могут создавать филиалы и представительства. Территориальный фонд подотчетен соответствующим органам представительной и исполнительной власти. Основными задачами Территориального фонда являются:

1) обеспечение реализации Закона Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации";

2) обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;

3) обеспечение всеобщности обязательного медицинского страхования граждан;

4) достижение социальной справедливости и равенства всех граждан в системе обязательного медицинского страхования;

5) обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд аккумулирует финансовые средства на реализацию программ ОМС и осуществляет их финансирование. Полномочия распространяются на соответствующие территории и согласовывает совместно с органами исполнительной власти, профессиональными медицинскими ассоциациями тарификацию стоимости медицинской помощи, территориальную программу обязательного медицинского страхования населения и вносит предложения о финансовых ресурсах, необходимых для ее осуществления. Финансовые средства Территориального фонда находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. Финансовые средства Территориального фонда образуются за счет:

1) части страховых взносов предприятий, организаций, учреждений и иных хозяйствующих субъектов, независимо от форм собственности, на обязательное медицинское страхование, а также средств, предусматриваемых органами исполнительной власти в соответствующих бюджетах на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

2) доходов, получаемых от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса финансовых средств Территориального фонда;

3) финансовых средств, взыскиваемых со страхователей, медицинских учреждений и других юридических и физических лиц в результате предъявления им регрессных требований;

4) добровольных взносов физических и юридических лиц;

5) иных поступлений, не запрещенных законодательством Российской Федерации.

Финансовые средства в Территориальный фонд перечисляются предприятиями, организациями, учреждениями и иными хозяйствующими субъектами, независимо от форм собственности, а также органами исполнительной власти в соответствии с Положением о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Размер и порядок расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения устанавливаются федеральным законом - Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Для выполнения своих задач Территориальный фонд может создавать в городах и районах филиалы, осуществляющие функции контроля, сбора и анализа информации, передают финансовые средства в соответствии с дифференцированным подушевым нормативом страховщикам. Филиал не обладает правами юридического лица.

Финансовая деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Фонд) осуществлялась в 2009 году в соответствии с Федеральным законом от 25 ноября 2008 г. № 215-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» (в редакции Федеральных законов от 28 апреля 2009 г. № 79-ФЗ, от 25 ноября 2009 г. № 264-ФЗ) (далее – Закон о бюджете).

Доходы бюджета Фонда на 2009 год утверждены Законом о бюджете в сумме 119 070 242,0 тыс. рублей, в том числе за счет межбюджетных трансфертов, получаемых из федерального бюджета в сумме 25 545 406,0 тыс. рублей, расходы – в сумме 114 070 242,0 тыс. рублей с расчетным профицитом бюджета 5 000 000,0 тыс. рублей.

Бюджет Фонда по доходам исполнен за 2009 год в сумме 126 562 369,8 тыс. рублей. Наибольший удельный вес (71,0%) в общей сумме доходов составили налоговые доходы, из них единый социальный налог, зачисляемый в бюджет Фонда – 88 832 142,9 тыс. рублей.

Налоги на совокупный доход зачислены в бюджет Фонда в сумме 977 569,4 тыс. рублей. Поступления сумм недоимки, пеней, иных финансовых санкций по взносам в Фонд в связи с задолженностью, образовавшейся по состоянию на 1 января 2001 года, составили 15 268,1 тыс. рублей. Доходы бюджета Фонда от возврата остатков субсидий и субвенций прошлых лет из территориальных фондов ОМС составили 3 253 038,6 тыс. рублей. Возврат остатков субсидий и субвенций прошлых лет из Фонда в федеральный бюджет составил 4 413 154,9 тыс. рублей.

Прочие неналоговые доходы Фонда составили 1 199,7 тыс. рублей. Средства федерального бюджета в виде межбюджетных трансфертов в бюджет Фонда поступили в сумме 37 896 306,0 тыс. рублей. Расходы бюджета Фонда в 2009 году с учетом привлеченных остатков средств бюджета Фонда, образовавшихся на 1 января 2009 года, составили 130 037 389,3 тыс. рублей (см. приложение, таб. 1).

Расходы Фонда на осуществление выравнивания финансовых условий деятельности территориальных фондов ОМС в рамках базовой программы ОМС составили 91 643 420,8 тыс. рублей:

• дотации территориальным фондам ОМС в соответствии с Законом о бюджете составили 85 687 064,3 тыс. рублей;

• средства нормированного страхового запаса составили 5 956 356,5 тыс. рублей.

На обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей) в бюджеты территориальных фондов ОМС направлены субсидии федерального бюджета в сумме 3 822 570,0 тыс. рублей. На оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни согласно заявкам, представленным Фондом социального страхования Российской Федерации, в 2009 году перечислены средства Фонда в размере 17 000 000,0 тыс. рублей.

В 2009 году Фондом в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» осуществлялось финансирование за счет средств федерального бюджета следующих мероприятий:

• на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан направлено 3 788 890,2 тыс. рублей. Неполное использование бюджетных ассигнований федерального бюджета является следствием неисполнения рядом субъектов Российской Федерации установленных плановых показателей проведения дополнительной диспансеризации работающих граждан;

• на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, направлены субсидии в сумме 823 626,2 тыс. рублей. Неполное использование в 2009 году бюджетных ассигнований на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, связано с недостаточным количеством детей, подлежащих диспансеризации, в результате активного внедрения программ в субъектах Российской Федерации по усыновлению, опеки и патронату.

На завершение расчетов по финансовому обеспечению государственного задания на оказание дополнительной бесплатной медицинской помощи в первом квартале 2009 года направлены субвенции в размере 1 790,1 тыс. рублей за счет остатка средств на 01.01.2009 г., образовавшегося в бюджете Фонда в связи с неполным использованием бюджетных ассигнований в 2008 году на указанные цели. В целях предоставления бюджетам территориальных фондов ОМС трансфертов на реализацию территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 13 августа 2009 г. №1163-р в бюджеты территориальных фондов ОМС направлены средства федерального бюджета в сумме 12 350 900,0 тыс.рублей.

Расходы на финансовое и материально-техническое обеспечение деятельности Фонда и информатизацию системы ОМС составили 606 192,0 тыс. рублей, из них: на содержание аппарата Фонда 257 571,9 тыс. рублей, на международные культурные, научные и информационные связи 330,1 тыс. рублей, на переподготовку и повышение квалификации кадров 12 326,8 тыс. рублей, на НИОКР 15 430,0 тыс. рублей, на информационное обеспечение системы ОМС 309 747,7 тыс. рублей, на освещение деятельности Фонда в средствах массовой информации 10 785,5 тыс. рублей (см. приложение, таб. 2).

Проект бюджета Фонда  на 2009-2011 годы сбалансирован по доходам и расходам и составляет соответственно на 2009 год – 126,5 млрд. рублей; 2010 год — 137,9 млрд. рублей; 2011 год — 157,9  млрд. рублей (Рис. 9).

 Рисунок 9. **Структура доходов и расходов ФОМС РФ** [2, 40]

 Поступления единого социального налога в бюджет Фонда в 2009-2011 годах составят соответственно 109,4 млрд. рублей, 127,6 млрд. рублей, 147,0 млрд. рублей, или 91,7%, 92,5% и 93% в общей сумме доходов Фонда на 2009-2011 годы.

В доходной части бюджета Фонда на 2009-2011 годы также предусмотрены средства из федерального бюджета в объемах соответственно в 2009 году — 8,7 млрд. рублей, в 2010 году — 8,9 млрд. рублей, в 2011 году — 9,2 млрд. рублей, или 7,3%, 6,5% и 5,8% в общей сумме доходов Фонда на 2009–2011 годы, которые будут направлены на осуществление целевых расходов, в том числе:

* на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей);
* на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;
* на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей – сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации [1].

С 2009 года произошло значительное снижение доли средств федерального бюджета в доходах бюджета Фонда на 2009-2011 годы по сравнению с 2006-2008 годами, что связано с переносом из бюджета ФОМС в федеральный бюджет расходов на финансовое обеспечение денежных выплат медицинским работникам первичного звена, на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными средствами в связи с изменением механизма их предоставления субъектам Российской Федерации с 2009 года, а также завершением в 2008 году финансирования пилотного проекта, проводимого в субъектах Российской Федерации, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения.

Основную часть расходов бюджета Фонда в 2009-2011 годах составят расходы, осуществляемые за счет собственных доходов по финансированию территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС и расходы за счет средств федерального бюджета, направленные на реализацию мероприятий, осуществляемых в рамках национального проекта в сфере здравоохранения.

Объемы финансирования по указанным направлениям расходов в 2009-2011 годах существенно увеличены.

Так, общий объем средств, направляемый на финансовое обеспечение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС в 2009 году 93,0 млрд. рублей, в том числе дотации на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС — 83,7 млрд. рублей, нормированный страховой запас — 9,3 млрд. рублей, на 2010-2011 годы на указанные цели зарезервированы средства в размере соответственно 110,0 млрд. рублей и 128,8 млрд. рублей, что превышает объем средств, предусмотренных на 2008 год соответственно на 31,2%, 55% и 84,6%.

На 2009-2011 годы также увеличены объемы межбюджетных трансфертов, направляемых Фондом за счет собственных доходов в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в 2009 году в сумме 17,0 млрд. рублей,  в 2010 году —  18,5 млрд. рублей, в 2011 году — 19,3 млрд. рублей.

Остатки средств федерального бюджета, образовавшиеся в бюджете Фонда по состоянию на 1 января 2010 года будут использованы в 2010 году на завершение расчетов и в качестве дополнительных ассигнований по соответствующим статьям расходов, остатки средств на счетах по учету средств обязательного медицинского страхования будут направлены на увеличение нормированного страхового запаса Фонда, используемого на увеличение дотаций на выполнение территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС [1].

При рассмотрении ФЗ «О бюджете Федерального ФОМС на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов» видим что, в целом позволяет ФОМС выполнять возложенные на него социальные функции, но в то же время содержит ряд недостатков, которые могут повлиять на эффективность реализации поставленных перед ФОМС задач. Средства, передаваемые из бюджета ФОМС в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования, не обеспечивают покрытия дефицита территориальных программ.

Сложившаяся ситуация во многом обусловлена следующими факторами:

- отсутствием в Программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи расчета подушевого финансового норматива по отношению к минимальной заработной плате или другим показателям и детализации категорий граждан, которым медицинская помощь должна оказываться бесплатно;

- ориентированием системы нормирования и финансирования стационарного сектора на койко-дни;

- отсутствием финансового подкрепления медико-экономических стандартов;

- формированием структуры тарифов в системе обязательного медицинского страхования исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая;

- отсутствием зафиксированного взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

До настоящего времени нормативно не урегулированы некоторые вопросы, связанные с обеспечением граждан лекарственными средствами в части:

- обеспечения эффективного управления товарными запасами лекарственных средств;

- определения порядка обеспечения лекарственными средствами сельских жителей и граждан, проживающих в труднодоступных местностях, через аптечную сеть.

Законопроектом предусмотрены средства, передаваемые в виде субвенций в бюджеты территориальных фондов на осуществление денежных выплат медицинским работникам, которые должны расходоваться в соответствии с численностью медицинских работников, включенных в Федеральный регистр [1].

Многое было сделано в рамках межведомственной рабочей группы по взаимодействию Минздравсоцразвития России, ФНС России и Федерального фонда ОМС в планировании и мобилизации единого социального налога, зачисляемого в доход бюджетов фондов ОМС. Это способствовало усилению администрирования единого социального налога. В результате в 2007 году впервые отмечен профицит бюджета ФОМС по поступлению налоговых платежей на сумму более 3 млрд. рублей (при общем объеме поступлений в размере 71 млрд. рублей). Уровень поступлений единого социального налога в территориальные фонды ОМС вырос на 25,9% и составил сумму в размере 125,1 млрд. рублей (в 2006 году - 99,3 млрд. рублей).

Федеральный фонд ОМС наращивает объемы дотаций на выполнение территориальных программ ОМС. В 2009 году на эти цели с учетом дополнительных доходов ФОМС направлено более 80 млрд. рублей, из них 7,5 млрд. рублей - за счет экономии средств, не использованных при завершении расчетов по программе ДЛО 2008 г., достигнутой в результате укрепления финансовой дисциплины в системе льготного лекарственного обеспечения. Учтены дополнительные возможности ФОМС для финансовой поддержки субъектов Российской Федерации. В настоящее время методика распределения дотаций для субъектов Российской Федерации четко прописана и абсолютно прозрачна, для каждого региона определены базовые объемы финансирования.

Средства нормированного страхового запаса ФОМС составили около 30 млрд. рублей. Уровень направляемых средств на финансовую поддержку территориальных программ ОМС превышает показатели предыдущего года в 15 раз, поскольку система ОМС в 2008 году была освобождена от функций по финансированию государственных социальных программ.

При этом принципиально изменена методология предоставления финансовой помощи из средств нормированного страхового запаса. Эти средства подразделяются на две части: первая часть в размере 90% предназначена для сокращения дефицита территориальных программ обязательного медицинского страхования; вторая часть в размере 10% направляется на стимулирование субъектов Российской Федерации, достигших лучших показателей в понижении общей смертности, младенческой смертности, первичного выхода на инвалидность. Таким образом, эти субъекты Российской Федерации, в случае если они достигли позитивных показателей, будут получать дополнительную финансовую помощь на развитие здравоохранения. В 2010 г. размер стимулирующей части нормированного страхового запаса предполагается существенно увеличить. При этом не израсходованные в текущем году средства нормированного страхового запаса и зарезервированные средства в объеме 8,3 млрд. рублей направлены в 2009 году на повышение уровня дотаций ФОМС для финансирования территориальных программы ОМС [50].

Таким образом, введение ОМС стало одним из важнейших аспектов реформы здравоохранения, проводимой в России. Поскольку страховая медицина, по сути, контролирует сама себя, требуется создание развитой системы независимого контроля не только качества и объема оказываемых услуг, но и работы деятельности самих фондов ОМС. В действующей системе ОМС имеется дублирование однотипных структур, которые приходится содержать обществу, при том, что средства, передаваемые из бюджета ФОМС в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования, не обеспечивают покрытия дефицита территориальных программ. Также необходимо развивать условия, при которых пациент сам сможет выбирать лечебно-профилактическое учреждение, специалиста и набор оказываемых услуг, на которые он вносит отчисления в фонды страховой медицины. Для того, чтобы сделать акцент на развитии профилактической медицины и развитии первичного звена медицинской помощи, поможет переход на систему «поликлиника — фондодержатель». Это улучшит структурную эффективность амбулаторно-поликлинического этапа оказания медицинской помощи.

[**ГЛАВА 3.**](#глава3_титул) **ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ**

**[3.1](#п3_1_титул)** **Роль системы обязательного медицинского страхования в формировании и реализации концепции развития здравоохранения**

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 [31].

Введение в действие Закона «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» было единственно правильным политическим и экономическим решением, позволившим сохранить здравоохранение как отрасль и создать все предпосылки для формирования принципиально нового, цивилизованного института, в котором осуществляются новые подходы к финансированию медицинской помощи и развитию социально-экономических отношений в здравоохранении.

Создание и развитие системы ОМС явилось одним из ключевых стимулов подготовки и утверждения Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (далее – Концепция). Во многом, введение системы обязательного медицинского страхования повлекло изменение концептуальных подходов к формированию государственной политики в области здравоохранения, которая стала адекватной по отношению к реальной экономической ситуации в стране.

С введением системы ОМС впервые возникла необходимость постановки таких вопросов как стандартизация, сертификация, лицензирование ЛПУ, эффективность использования материально-технической базы и финансовых ресурсов отрасли, которые в Концепции поставлены как основные.

В настоящее время средства ОМС являются единственно стабильным целевым источником финансирования системы здравоохранения, хотя и недостаточным. В результате, в кризисные 90-е годы, удалось избежать обвального снижения финансирования здравоохранения, как это случилось в других отраслях социальной сферы.

Повышению качества обязательного медицинского страхования в немалой мере поспособствует продуманная организация экономических учреждений в системе страхования, чему должна предшествовать серьезная аналитическая работа, направленная на определение основных современных моделей организации деятельности страховых медицинских организаций [38].

К настоящему времени число застрахованных по договорам обязательного медицинского страхования составляет 137,3 млн. человек, из них 134 млн. человек выданы полисы обязательного медицинского страхования, что составляет 94% всех россиян.

Введена и реально действует вневедомственная экспертиза качества медицинской помощи, то есть впервые сформирована система защиты прав пациента через независимые институты.

Введение обязательного медицинского страхования явилось формой социальной защиты и для медицинских работников. Практически более 50% средств ОМС, поступающих в ЛПУ на финансирование объемов оказанной медицинской помощи по территориальным программам ОМС, расходуется на зарплату медицинским работникам. В 1999-2000 годах в связи с финансовым кризисом 1998 года средства ОМС во многих субъектах Российской Федерации являлись единственным источником «живых» денег, а в некоторых территориях практически единственным источником финансирования. Финансовые средства ОМС позволили снизить напряженность с оплатой труда медицинских работников и способствовали сохранению рабочих мест. В системе ОМС созданы предпосылки для введения дифференцированной оплаты труда медицинских работников, совершенствования ее форм и методов в зависимости от объема и качества оказанной медицинской помощи.

Учитывая, что главной причиной недостатка финансовых средств ОМС является низкий уровень сбора страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения органами исполнительной власти субъектов РФ и муниципальных образований, Правительство РФ пошло по пути кардинального решения этой проблемы. В августе 2003 года было издано правительственное постановление № 624 «О проведении реструктуризации задолженности плательщиков страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, имеющейся по состоянию на 1 января 2003 года». В рамках этого постановления и соответствующего приказа Федерального фонда ОМС № 52 от 21.09.2003 г. территориальные фонды ОМС начали реальную работу по привлечению этих недополученных средств в систему ОМС с 1993 года.

Что касается особенностей 2004 года, то они состоят, прежде всего, в том, что общество готовилось к введению единой системы медико-социального страхования в соответствии с перспективами, определенными еще в 1997 году Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки, и одобренной Правительством Программой социально-экономического развития страны на период до 2010 года. Но учитывая, что любые социальные преобразования тесно связаны с социально-политической и социально-экономической ситуациями в стране, а формирование законодательно-нормативной базы не было основательно проработано, переход к медико-социальному страхованию не было реализовано и от него пришлось отказаться. Так, с 2010 года произошло упразднение единого социального налога и было решено вернуться к страховым принципам формирования бюджетов трех государственных внебюджетных фондов - Пенсионного фонда, Фонда социального страхования и Фонда обязательного медицинского страхования. "Страховой принцип" означает, что работник страхуется государством от потери заработка. Причины могут быть разными: болезнь, рождение ребенка (социальное страхование), а также невозможность продолжать работать в связи с возрастом (пенсионное страхование). Очевидно, что дальнейшее развитие и стабилизацию получает такой экономический механизм, как страховой рынок в целом. На сегодня произошла переориентация мышления руководителей органов здравоохранения и медицинской общественности в осознании преимуществ страховой формы мобилизации средств на оплату медицинской помощи и перехода к подушевому принципу финансирования здравоохранения на всех стадиях формирования финансовых ресурсов здравоохранения. Эти позиции нашли свое отражение и в стратегии реформирования здравоохранения.

Это все положительные моменты, но есть и отрицательные. К ним, в первую очередь, относятся исчерпание психологических ресурсов ожидания улучшения социально-экономической ситуации. Следует также констатировать, что никакая страховая система, даже самая идеальная, не способна решить «внесистемные» проблемы. Для системы ОМС такими являлись (в том числе):

* проблемы децентрализации в управлении экономики регионов и дифференциация политики в области ОМС;
* высокий уровень дотационной экономики многих регионов;
* отсутствие единой политики в использовании федеральных трансфертов на развитие здравоохранения;
* как системе ОМС, так и системе здравоохранения не удалось обеспечить равенство граждан Российской Федерации в обеспечении необходимых объемов доступной и высококачественной медицинской помощи (социально-экономические условия регионов здесь являются определяющими);
* резкая разница показателей обеспеченности населения средствами ОМС ведет к нарушению одного из основных принципов правового положения граждан в системе ОМС - принципа равенства гарантий в получении бесплатной медицинской помощи.

Создание новой системы должно быть органично «встроено» в стратегию развития России. В программе правительства четко указано: основные усилия предстоит направить на решение наиболее острых социальных проблем, в том числе:

1. совершенствование моделей функционирования и развития социально-культурной сферы на основе многоканального финансирования;
2. повышения финансовой устойчивости государственных внебюджетных фондов;
3. реализация мер по нормализации положения с лекарственным обеспечением граждан;
4. уточнение базовой программы обязательного медицинского страхования и объемов гарантированной медицинской помощи.

Развитие должно прогнозироваться и планироваться на основе анализа тенденций развития и новых возможностей, определенных предыдущим развитием системы ОМС, с учетом факторов и ограничений хозяйственного развития, прогнозируемых на предстоящий период, и носить характер долгосрочного развития с поэтапным достижением целей [32].

**3.2 Совершенствование системы обязательного медицинского страхования**

Сегодня обсуждаются различные подходы, которые можно свести к двум принципиально различным моделям: возврат к бюджетно-распределительной модели финансирования здравоохранения или сохранение бюджетно-страховой модели с усилением страховых принципов [33].

В действующей системе ОМС, по сути, не реализованы страховые принципы:

• основная часть государственных средств не направляется в систему ОМС;

• взносы на ОМС неработающего населения недостаточны для возмещения расходов по оказанию им медицинской помощи, включенной в программу ОМС;

• отсутствует эффективная конкуренция страховщиков. Необходимо создание одноканальной системы финансирования медицинской помощи, оказываемой населению в рамках программы государственных гарантий. Это предусматривает:

• перемещение в систему ОМС видов и объемов медицинской помощи, финансируемых сегодня из бюджетных средств;

• оплату затрат медицинских учреждений в системе ОМС по «полному» тарифу, обеспечивающему возмещение всех, а не отдельных, как сейчас, видов расходов, включая нормируемые расходы на коммунальные услуги и обновление оборудования;

• одноканальную систему выравнивания финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания медицинской помощи, обеспечиваемого Федеральным фондом ОМС.

Основная часть средств консолидированного бюджета субъекта РФ, предназначенных для финансирования здравоохранения, должна аккумулироваться в территориальном фонде ОМС. Напрямую из бюджета субъекта РФ должны будут финансироваться высокотехнологичные виды медицинской помощи; лечение заболеваний, имеющих особую социальную значимость (туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, психических заболеваний и пр.); закупка наиболее дорогостоящего медицинского оборудования; содержание инфраструктуры здравоохранения.

Аккумулирование средств в системе ОМС позволит осуществить переход к системе единого плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет государства. На этой основе можно обеспечить единство финансового планирования бюджетных средств и средств ОМС, создать рациональный алгоритм экономических стимулов для медицинских учреждений, нацеленных на вывод из системы излишних мощностей и оптимизацию объемов медицинской помощи. Страховщик получит реальные финансовые рычаги влияния на процесс реструктуризации. Принцип оплаты реально оказываемых медицинских услуг станет универсальным.

Переход на страховой принцип формирования и распределения средств будет способствовать ликвидации искусственных перегородок между источниками финансирования отдельных технологически взаимосвязанных видов медицинской помощи. Появится возможность создавать механизмы, стимулирующие все звенья, входящие в систему здравоохранения, к достижению совместными усилиями экономии на том или ином затратном этапе оказания медицинской помощи. Система здравоохранения, построенная на страховых принципах, позволяет добиться качественного медицинского обслуживания при ощутимо меньших, чем при частном финансировании, затратах [29].

Сложившаяся модель ОМС с множественностью страховщиков и отсутствием конкуренции в интересах застрахованных является неэффективной. Требует решения вопрос, какую модель ОМС - конкурентную или неконкурентную - целесообразнее развивать в дальнейшем.

Развитие конкурентной модели означает проведение последовательной политики стимулирования конкуренции частных страховщиком и расширение их функций, превращение из посредников в движении финансовых средств от фонда ОМС к медицинским учреждениям в информированных покупателей медицинской помощи в интересах своих клиентов.

Последовательная реализация неконкурентной модели ОМС требует устранения излишних посредников в финансировании медицинских учреждений и передачи функций страховщиков в каждом регионе либо территориальному фонду ОМС, либо одному-двум крупным страховщикам.

Конкурентная модель ОМС обладает серьезными потенциальными преимуществами:

• частные страховщики несут финансовые риски, и поэтому заинтересованы в оптимизации издержек на оказание медицинской помощи;

• конкуренция обеспечивает более действенную защиту прав пациентов.

Недостаток конкурентной модели состоит в стремлении частных страховщиков отобрать более здоровый контингент застрахованных и перенести на государственные учреждения ответственность за страхование менее здорового населения. Это снижает эффекты оптимизации издержек на оказание медицинской помощи.

Но более значимым в наших условиях является другое обстоятельство: реализация такой модели требует от государства большой и длительной работы по созданию условий для эффективной конкуренции. Очень сложно будет обеспечить проведение существующим государственным аппаратом в масштабах всей страны последовательной либеральной политики формирования конкурентных институтов в системе ОМС.

Неконкурентная модель проще для реализации, в ней облегчается планирование объемов медицинской помощи, крупным страховщикам легче взаимодействовать как равноправным партнерам с крупными медицинскими учреждениями, занимающими в регионе монопольное положение (областными и отдельными городскими клиническими больницами, диагностическими центрами). Недостатком данной модели является то, что страховщики, являющиеся монополистами, уже не будут иметь сильных стимулов к росту эффективности использования ресурсов. Движение к такой модели и политика радикального сокращения участия частных страховщиков в ОМС вызовет сильное противодействие страхового бизнеса.

Сопоставляя сравнительные преимущества и недостатки двух сторон этой альтернативы, можно сделать вывод о целесообразности селективной реализации данных моделей в разных регионах страны. Отдельным субъектам РФ следует предоставить право проводить политику усиления роли частных страховщиков в управлении системой ОМС при одновременном развитии конкурентных условий их деятельности (предоставление права выбора страховщика самим застрахованным, а не работодателям или органам власти, как сейчас; введение механизмов разделения финансовых рисков между страховщиками и территориальным фондом ОМС и др.). Отбор таких регионов может быть произведен при условии демонстрации способности проведения искомой политики. В регионах, не стремящихся предпринимать усилия по развитию конкурентной модели, следует вывести из системы ОМС частных страховщиков, или резко сократить их число. Установление лимита госзаказа на объем медицинской помощи позволит ограничить стремление медицинских организаций увеличивать объемы оказываемых ими медицинских услуг сверх их технологических возможностей в ущерб качеству [33].

**3.3.** **Финансовая модель деятельности лечебно-профилактического учреждения при одноканальном финансировании в страховой медицине**

Стационарные и амбулаторно-поликлинические учреждения системы здравоохранения в последние годы находятся в процессе постоянно изменяющихся условий существования. Наиболее важные изменения отразились на формировании и планировании финансово-экономических показателей деятельности. Для проведения анализа деятельности медицинских организаций в современных условиях представляется принципиальным следующее деление факторов, воздействующих на показатели работы:

- внешние, к которым относятся социально-экономические условия, природно-географические особенности и т.д.;

- внутренние, характеризующиеся показателями и условиями организации лечебного процесса, а также внепроизводственными отношениями снабженческой и маркетинговой деятельности, социального развития коллектива, природоохранной и иной.

Среди внутренних существенных факторов организации лечебного процесса при проведении анализа и планирования деятельности особенно выделяют уровень технической оснащенности труда медицинского персонала; квалификационные навыки и системы мотивации труда; развитие материальной базы предоставления медицинских услуг; использование финансового обеспечения деятельности.

Наглядно схема факторов организации лечебного процесса представлена на рисунке 10 (см. приложение). Контур представленного на рисунке формирования финансового обеспечения деятельности медицинской организации в современных условиях является ключевым звеном нормального функционирования бюджетных медицинских учреждений.

За последние годы принципиально изменились воздействия на медицинские организации финансово-экономических механизмов управления:

* целевые источники финансирования регламентируют виды и объемы оказываемой населению медицинской помощи в рамках государственного заказа – Программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью (ПГГ);
* подвергается регламентации процесс калькулирования себестоимости единицы медицинской услуги;
* расходование финансовых средств ведется по целевому назначению в соответствии с кодами экономической классификации расходов бюджета и строго в рамках лимита бюджетных обязательств;
* сметное планирование расходов в деятельности организаций, ведущееся раздельно по источникам финансирования заменяется бюджетированием, ориентированным на результат при переходе на одноканальное финансирование. Применение бюджетирования в государственных организациях еще недостаточно широко распространено. Широкие возможности применения данной технологии для оптимизации деятельности организаций и комплексные условия функционирования государственных учреждений здравоохранения, позволяют говорить о большом потенциале применения бюджетирования в рассматриваемых организациях [39].
* вводятся новые подходы учета и планирования медицинских и экономических показателей работы т.п.

До реформ, связанных с введением одноканального финансирования, для оценки эффективности использования финансовых ресурсов в медицинских организациях традиционно анализировались сметные назначения и соотношение статей фактических расходов по источникам финансирования расходов.

 Для целей анализа рационального использования средств и ресурсов в деятельности медицинских организаций выделяют: прямые и косвенные расходы. В каждой из названных групп расходов могут рассматриваться средние и предельные значения, а также общие и приведенные к единице объема (удельные) расходы.

Принципы составления бюджетов финансовых затрат, используемые в здравоохранении в современных условиях, ориентированы на выполнение заданных размеров расходов по целевому назначению в соответствии с кодами экономической классификации по следующим важным направлениям: оплата труда; начисления на оплату труда (единый социальный налог); медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы; мягкий инвентарь; продукты питания; прочие расходные материалы и предметы снабжения; транспортные услуги; оплата услуг связи; оплата коммунальных услуг; приобретение оборудования; капитальный и текущий ремонт объектов непроизводственного назначения.

Прямые расходы объединяют статьи затрат на: заработную плату основному медицинскому персоналу с начислениями, медикаменты и перевязочные средства, питание, мягкий инвентарь и обмундирование, износ медицинского оборудования. Косвенные расходы, называемые иначе накладными, направлены на возмещение общеорганизационных затрат: на оплату труда административно-управленческого и вспомогательного персонала, коммунальных платежей и прочих текущих расходов, по ремонту зданий, сооружений, оборудования и т.п.

Размер суммарных (полных) фактических расходов по оказанию медицинской помощи, а также соотношения различных статей прямых и косвенных расходов является элементом анализа эффективности выделяемых и расходуемых финансовых средств в медицинских организациях. Часть расходов медицинских организаций жестко нормируется при включении в смету, что требует постановки контроля за их расходованием в практике современного менеджмента. Так, прямые расходы включаются в смету и при калькулировании медицинской услуги в соответствии с нормами расхода, лимитами.

Кроме того, для целей контроля расходов при формировании бюджетов и смет медицинских организаций в современных условиях принято также все расходы по оказанию медицинской помощи делить на: расходы, связанные с реализацией и внереализационные. Расходы, связанные с реализацией предполагают: материальные расходы; расходы на оплату труда; суммы начисленной амортизации; прочие расходы. Внереализационные расходы объединяют: расходы на содержание переданного по договору аренды (лизинга) имущества, включая его амортизацию; проценты по долговым обязательствам любого вида; расходы в виде отрицательных (положительных) курсовых разниц при продаже валюты и переоценке имущества; судебные расходы и арбитражные сборы; расходы в виде санкций, штрафов, пеней за нарушение долговых и договорных обязательств; суммы возмещения причиненного ущерба; расходы в виде сумм налогов, относящихся к реализованным услугам, если кредиторская задолженность по ним списана в отчетном периоде; расходы на оплату услуг банка; убытки, полученные в отчетном периоде: убытки прошлых лет, выявленные в отчетном периоде; расходы в виде недостач и хищений в производстве и на складах в случае отсутствия виновных лиц, что документально подтверждено уполномоченным органом государственной власти; потери от стихийных бедствий, пожаров, аварий и других чрезвычайных ситуаций; суммы дебиторской задолженности, по которой истек срок исковой давности, а также другие долги, безнадежные к получению; другие обоснованные аналогичные расходы.

Для действенного контроля деловой активности медицинских организаций, наряду с данным делением расходов, важно планировать объемы реализации услуг в соответствии со стратегией развития. Объемные показатели деятельности учреждений здравоохранения планируются в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования (ОМС) и бюджета, а также исходя из соблюдения нормальной продолжительности труда и отдыха медицинского персонала, с учетом ограничений по мощности (площади) организации.

В последние годы анализ и оценка эффективности использования ресурсов отрасли все больше связывается с персонификацией расходов, их приведением к конкретной нозологии лечения, пролеченному пациенту и т.д.

В практику планирования деятельности в здравоохранении вводятся стоимостные оценки единицы объемов медицинской помощи, подушевые нормативы финансовых затрат и т.п.

Нормирование труда медицинского персонала все больше связывают с показателями результативности, продуктивности его труда. Среди методов измерения результативности труда в здравоохранении долгое время лидировал, так называемый, трудовой метод, устанавливающий прямую зависимость между количеством медицинских услуг и временными затратами труда на их оказание. Натуральный метод, выражающийся в определении сдельных норм выработки (нагрузки) и расценок по видам медицинских услуг, а также стоимостной метод результативности на основе определения выручки от реализации услуг, долгое время выступали лишь дополнительными способами оценки эффективности деятельности медицинских организаций.

Такая практика нормирования труда медицинских работников, а также мотивация при планировании на выполнение объемных показателей деятельности ЛПУ породила раздельное установление медицинских и финансовых результирующих показателей. Результаты социологического исследования по изучению мнения врачей и средних медицинских работников о внедрении новой системы оплаты труда в федеральном бюджетном учреждении здравоохранения свидетельствуют о том, что медицинский персонал положительно воспринял внедрение новой системы оплаты труда, повысилась его заинтересованность в достижении качественных показателей работы [47].

При переходе к обязательному и добровольному медицинскому страхованию, весьма актуальным становятся медико-экономические показатели и их учет при анализе результатов работы учреждений.

Экономическая эффективность использования выделяемых медицинскими организациями ресурсов должна оцениваться с позиций оценки приведенных затрат на единицу оказанной помощи. При планировании финансовых средств медицинских организаций вводится, наряду с суммарными, анализ еще и удельных расходов по их целевому назначению.

 Персонификация расходов и их приведение к конкретной нозологической группе могут рассматриваться важными элементами совершенствования системы финансово-экономических показателей деятельности медицинских организаций (особенно стационарных) в современных условиях. Кроме того, при данном подходе к анализу и оценке финансовых ресурсов достигается логическая связь объемных и финансовых показателей деятельности, что в условиях государственного заказа и перехода к одноканальному финансированию представляется особенно актуальным способом обоснования расходов.

Среднегодовые объемные показатели деятельности, используемые для расчетов удельных финансовых затрат, например, в стационаре: пролечено больных; проведено койко-дней; средний койко-день пребывания; число дней работы койки в году; занятость койки и ряд других. Данные показатели, являясь экстенсивными показателями работы, продолжают оставаться оценочными показателями результативности стационарной помощи. Дополнение этих показателей рекомендуется производить за счет интенсивных характеристик работы медицинских организаций: уровень развития стационарно замещающих технологий, процент коек, используемых в зависимости от степени интенсивности лечения (процент стационарных больных последних категорий сложности на койке), уровень диспансерного учета и лечения и др. Кроме того, необходимо введение финансовых показателей: денежная размерность счетов - фактур, соотношения статей расходов в фактической смете, размер поступлений и расходов в расчете на единицу услуги и т.д.

Комплексное планирование деятельности медицинских организаций, заключающееся в анализе и планировании объемно-финансовых показателей деятельности с учетом территориальных ориентиров позволяет:

-моделировать потоки финансовых средств в зависимости от эффективности направления расходов на оказание медицинской помощи, а не на финансирование медицинских организаций;

 -перераспределять объемы оказания медицинских услуг между этапами, профилями, медицинскими организациями;

-изменять характер финансирования, делая его больше похожим на покупку плательщиком определенных медицинских услуг, что приводит к модификации взаимоотношений между субъектами здравоохранения, ставя во главы угла баланс экономических интересов потребителей и производителей медицинских услуг.

Проводимый анализ эффективности деятельности медицинских организаций в современных условиях должен рассматриваться через призму экономических отношений медицинской организации с основными партнерами, поставщиками, покупателями. Причем, показатели расходов в расчете на единицу выполненного объема услуг: на каждого пролеченного, на 1-койко день, на случай госпитализации, на случай амбулаторно-поликлинического обслуживания и т.д. имеют сегодня важный конкретный смысл.

Некоторый опыт определения удельных финансовых показателей деятельности на основе расчетов затрат на лечение клинически связанных групп заболеваний накоплен в системе обязательного медицинского страхования. Разработанные медицинские стандарты лечения оцениваются в соответствии со структурой тарифа ОМС и становятся МЭСами, т.е. медико-экономическими стандартами лечения.

 В подобном варианте планирования удельных расходов на оказание медицинской помощи сделана попытка оценить общественно необходимые затраты, исходя из выполнения нормативной технологии лечения той или иной нозологии. Причем, МЭСы долгое время определялись как минимальные стандарты, гарантированной государством бесплатной помощи в зависимости от заболевания.

 Структура лечебных и диагностических мероприятий, их кратность и длительность имели в МЭСах нормативно-идеальный вид, а расходы при данном варианте приведения - искусственно минимизированы.

 Базовый тариф ОМС предполагает возмещение прямых расходов за оказанную медицинскую помощь: заработной платы медицинского персонала с начислениями; медикаментов, перевязочных средств и прочих лечебных расходов; питания; мягкого инвентаря.

 Для целей приведения расходов в зависимость от фактической сложившейся потребности населения в медицинских услугах в каждой медицинской организации имеются свои специфические условия.

 При планировании размеров финансового обеспечения медицинской организации в современных условиях следует иметь в виду:

* корреляцию расчетных (сложившихся) показателей деятельности с нормативами, как в части объемов предоставления медицинской помощи, так и по стоимости единицы объема;
* возможность интенсификации выполнения лечебных, диагностических и реабилитационных услуг;
* возможность оптимизации структуры предоставляемой помощи с учетом региональной интеграции медицинских организаций в условиях крупного города;
* повышение эффективности использования материальных, кадровых ресурсов на базе оптимизации стоимости 1-го койко-дня, 1-го посещения, 1-го пролеченного больного;
* расширение способов оплаты диагностических услуг.

Совершенствование планирования финансового обеспечения медицинских организаций в современных условиях предполагает особое внимание уделять вопросам оптимизации калькуляции расходов и их приведение к рациональным размерам, а также поиску путей рационализации выполняемых диагностических, лечебных и реабилитационных услуг.

При переходе отрасли к бюджетированию, ориентированному на результат (БОР) и введению одноканального финансирования через институты ОМС совершенствуются способы оплаты медицинской помощи, а, следовательно, совершенствуются модели финансирования медицинских организаций.

Так, способы расчета с медицинскими организациями или методы оплаты стационарной помощи в современных условиях предполагают оплату не за койко-день пребывания пациентов в профильных отделениях, а за пролеченного больного. Данные показатели работы стационаров с позиций БОР можно отнести к показателям непосредственного результата.

Кроме того, в терминологии БОР выделяют показатели конечного результаты, что применительно к способам оплаты можно называть показателями последствий (летальность, % послеоперационных осложнений, хирургическая активность и т.д.).

Существует также определение результата стационарного лечения в понимании действующей статистической отчетности – выбывший из стационара больной, что применительно к способу оплаты связано с оплатой за законченный случай стационарного лечения. Оплата законченного случая стационарного лечения имеет в субъектах Российской Федерации различное смысловое наполнение: оплата среднепрофильного лечения по КГС, оплата МЭСов по нозологиям, оплата по факту оказанных услуг в рамках согласованных объемов.

Важным моментом при разработке финансовой модели одноканального финансирования медицинских организаций по конечному результату является структура тарифа оплаты единицы медицинской помощи: полная себестоимость лечения, возмещение части расходов медицинских организаций на оказание помощи. Современная структура тарифа оплаты единицы медицинской помощи в ОМС не возмещает статьи затрат медицинских организаций, связанные с содержанием материально-технической базы и повышением квалификации персонала, они должны возмещаться собственником (учредителем) медицинских организаций.

Действующим принципом оплаты является ретроспективная оплата, по факту выставленного счета-фактуры. В этих условиях медицинским организациям, ориентированным на заданные территориальными тарифными соглашениями статьи сметы расходов сложно мобильно и эффективно управлять финансово-хозяйственной деятельностью, вести закупочную кампанию, обосновывать траты по ФЗ № 94 и через систему казначейского учета средств бюджета и ОМС. В связи с этим, актуализируется обсуждение возможности и целесообразности «авансирования» части расходов медицинских организаций, например, на уровне 50-80% от предыдущего счета-фактуры, тем более, что при поступлении денег «одноканально» для этого есть технические возможности.

Таким образом, задачи совершенствования подходов к персонифицированному учету затрат медицинских организаций на современном этапе реформирования отрасли заключаются в следующем:

- проведение сравнительного анализа эффективности различных финансовых моделей оплаты стационарного и амбулаторно-поликлинического лечения;

- научно-методическое обоснование термина «конечный результат лечения», применительно к БОР и способу оплаты.

В условиях перехода отрасли к бюджетированию, ориентированному на результат актуализируются вопросы выбора путей достижения заданных объемно-финансовых показателей деятельности в здравоохранении при оптимизации затрат для их реализации. Очень важным становится расчет объема реализации медицинских услуг для реализации принципа сбалансированного финансового обеспечения государственного заказа.

Помимо анализа, который устанавливает баланс между объемными и финансовыми показателями работы медицинских организаций, что равно важно при введении бюджетирования в государственных медицинских организациях и рыночного позиционирования коммерческих клиник, важное значение для результативной работы медицинских организаций имеет анализ структуры оказываемых услуг, анализ интенсивности лечебно-профилактических и диагностических мероприятий в целом и на каждого пролеченного больного. Данный анализ показывает насколько стационарное и амбулаторно-поликлиническое лечение отвечают задачам их реформирования.

Таким образом, планирование результатов работы медицинских организаций в разных аспектах, имеет конечной целью связать способ оплаты за оказанные в медицинских организациях услуги, со структурой фактических полных расходов в единице объема медицинской помощи, а также с бюджетом по направлениям расходов медицинских организаций и мотивацией персонала.

При этом устанавливается модель внутрихозяйственных отношений, позволяющая адаптировать плановые результативные показатели учреждения к результативности всех его структурных подразделений. Так, при управлении результативностью работы поликлиники, финансируемой по подушевому нормативу на весь объем внебольничной помощи, центром финансовой ответственности может быть названа участковая служба, доход участкового врача формируется умножением внутреннего подушевого норматива на численность прикрепленного к участку населения. Участковые врачи контролируют услуги узких специалистов, параклинических служб, дневных стационаров на основе нормирования затрат за заранее согласованные объемы. Наличие заранее согласованных объемов услуг других подразделений позволяет всем работать эффективно.

В ряду лечебно-диагностических факторов, влияющих на результаты деятельности наряду с оценкой финансового обеспечения, названного ключевым звеном планирования эффективной деятельности в условиях перехода к одноканальному финансированию выделены средства труда, предметы труда, труд.

Медико-экономическая результативность деятельности учреждения невозможна без взаимосвязанного планирования данных факторов. С усилением функций контроля за деятельностью бюджетных медицинских учреждений в условиях их бюджетирования, появилась необходимость введения в практику вида экономического анализа и планирования деятельности, который можно условно назвать результативно-факторным. Данный вид анализа и планирования направлен на выявление основных внешних и внутренних факторов организации лечебного процесса и построение целей для достижения заданных результативных показателей деятельности медицинских организаций.

 Результативно-факторный анализ и планирование деятельности позволит построить современную систему эффективного управления показателями деятельности медицинского учреждения на стадиях оперативного, текущего и перспективного планирования. Применение результативно-факторного анализа должно способствовать повышению уровня аналитических и отчетных материалов, предоставляемых медицинскими организациями. В современных условиях для повышения оперативности экономического анализа требуется использование автоматизированных информационных технологий в управлении медицинскими организациями. Использование взаимосвязи приведенных расходов с характеристикой выполненных лечебно-диагностических мероприятий позволит:

* оценивать целесообразность затрат, предусмотреть выделение финансовых ресурсов на каждого пациента;
* планировать расходы по видам основных и сопутствующих медицинских технологий;
* создавать эффективные программы ведения пациентов;
* планировать финансово-экономические перспективы.

Таким образом, экономический анализ для введения БОР можно подразделить на:

-анализ, который включает изучение системы обобщающих объемных показателей и финансовых результатов. Объектом данного анализа в медицинских организациях являются: объемы деятельности, обеспеченные финансированием, себестоимость единицы медицинской услуги (койко-дня, посещения, пролеченного больного - законченного случая), производительность труда персонала, обеспеченность финансированием приоритетных программ профилактики, лечения и диспансеризации, выполнение бюджетов расходов в структурных подразделениях и т.д.. Анализ направлен на оценку результирующих показателей финансово-экономических деятельности и поиск путей повышения эффективности ресурсопотребления;

- анализ, который позволяет оценить результаты лечебной деятельности в зависимости от уровня использования технологий лечения, техники, организации труда и управления. Анализ позволяет оценить состояние и степень прогрессивности организационно-технического уровня учреждения: выполнение МЭСов, уровень оценки качества лечения, уровень квалификации персонала (доля лиц с сертификатами и категориями), удовлетворенность пациентов, фондовооруженность труда персонала, фондоотдача и др.;

- анализ, который направлен на исследование функций учреждения, отделений и специалистов, в процессе которого выделяются основные и вспомогательные функции, а также затраты на их реализацию (выполнение функции врачебной должности (иного норматива по труду)). Основная цель анализа заключается в выявлении и предупреждении излишних затрат. Анализ направлен на поиск экономичных услуг, эффективное сочетание лечебных и диагностических услуг, рационализацию нормирования труда.

Таким образом, планирование объемно-финансовых показателей деятельности в медицинских учреждениях при смене финансовой модели предполагает:

1. Текущее планирование и мониторинг за количественными значениями факторов деятельности по группам: капитал, материальные затраты, труд и оплата труда, организация лечебного процесса позволяют выявить тенденции развития учреждения.

2. Определение реальной потребности в медицинских услугах: исследованиях, манипуляциях, койко-днях по видам, программам предоставления, профилям.

 3. Расчет с определенной долей вероятности прогнозируемых значений наиболее существенных объемно-финансовых показателей деятельности и на этой основе определяется оптимальный безубыточный для учреждения объем услуг по всей вертикали организационной структуры: по видам помощи в рамках разграничения полномочий, по однородным медицинским организациям, по структурным подразделениям медицинских организаций, по отдельным бюджетным услугам здравоохранения.

4. Планирование функции врачебной должности и плановая нагрузка персонала с учетом выполнения безубыточного для данной организации объема медицинских услуг и иных показателей результативности.

5. Планирование размера заработной платы персонала для обеспечения функции мотивации труда и выполнения задач стратегического развития, причем, данный размер делится на постоянную и переменную части. Первая – за выполнение заданного объема работ, вторая предполагает стимулирование достижения критериальных показателей деятельности.

6. Оценка вероятности достижения плановых показателей и оперативная корректировка плановых заданий становятся заключительными этапами бюджетирования в объектах здравоохранения [35].

Таким образом, одноканальное поступление средств в ЛПУ через институты ОМС является экономически оправданным способом финансирования. Вместе с тем, введение ОМС явилось формой социальной защиты и для медицинских работников. В связи с этим, разработка и внедрение разнообразных стандартов в последние 2-3 десятилетия является одним из наиболее значимых направлений развития систем обеспечения качества в здравоохранении экономически развитых стран. Сегодня уже можно говорить об истории стандартизации в медицине, эволюции подходов к разработке и применению стандартов [44]. Появилась необходимость совершенствования планирования финансового обеспечения ЛПУ, развития оперативного анализа с помощью информационных технологий.