

Е.П. Косякова
E.P. Kosyakova

Пермский национальный исследовательский политехнический университет
Perm National Research Polytechnic University

ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАМКАХ СИСТЕМЫ ФОНДОДЕРЖАНИЯ: ОПЫТ ПЕРМСКОГО КРАЯ

FUNDING FOR HEALTH WITHIN THE FUND-KEEPING: THE PERM REGION EXPERIENCE

Анализируется территориальная программа обязательного медицинского страхования Пермского края. Описан механизм оплаты медицинской помощи в рамках фондодержания. Выделены проблемы финансирования системы здравоохранения в рамках фондодержания.

This article analyses the regional programme of the obligatory medical insurance in the Perm Region. A way to pay for medical care system in frames of fund-keeping is described. The problems of financing healthcare system in frames of fund-keeping are distinguished.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения, обязательное медицинское страхование, фондодержание, подушевые нормативы финансового обеспечения, финансовый результат.

Keywords: funding for health care, obligatory medical insurance, fund-keeping, finance standards per capita, financial result.

Потребность в здоровье носит всеобщий характер, она присуща не только отдельному человеку, но и обществу в целом. Будучи важнейшим свойством трудовых ресурсов, общественное здоровье оказывает огромное влияние на социально-экономическое развитие, приобретая наряду с такими качественными характеристиками рабочей силы, как образование и квалификация, роль ведущего фактора экономического роста.

Ключевая роль в поддержании общественного здоровья традиционно принадлежит государственным фирмам – медицинским организациям. Специфика их деятельности определяет особенности функционирования их финансов. В отличие от коммерческих фирм, где финансы служат интересам их собственников, чья деятельность направлена на получение прибыли, задачами государственных фирм является целевое использование полученных средств. Кроме того, перед каждой медицинской организацией стоит задача

достижения эффективности при обеспечении населения медицинскими услугами. В связи с этим крайне необходимо использовать имеющиеся ограниченные финансовые ресурсы с максимальной выгодой для поддержания всей отрасли здравоохранения на высоком конкурентном уровне.

Выбор страхового способа финансирования российского здравоохранения, нормативно оформленного в 1991 г. с принятием Федерального закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», в условиях сложившейся системы государственной организации и финансирования отрасли привел к возникновению бюджетно-страховой финансовой модели, не позволившей реализовать экономические преимущества страховой модели и организационно-управленческие преимущества государственного финансирования.

Принятие в 2010 г. Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» подтвердило выбранный курс на создание страховой модели финансирования здравоохранения. При этом не менее 75–80 % финансовых средств здравоохранения должно проходить через страховые медицинские организации для оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования [1].

В Пермском крае территориальная программа обязательного медицинского страхования предполагает оплату медицинской помощи в рамках системы фондодержания. Такой способ финансирования в Пермском крае начал реализовываться в 2008 г. [1]. Дадим краткий анализ системы фондодержания.

Медицинские организации – фондодержатели – это медицинские организации, оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) в рамках территориальной программы ОМС на соответствующий год, к которым прикрепилась (которые выбрали) застрахованные лица для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в установленном порядке. Перечень медицинских организаций-фондодержателей утверждается приказом министерства здравоохранения Пермского края.

Медицинские организации – исполнители – это медицинские организации, оказывающие застрахованным лицам внешние медицинские услуги. Внешние медицинские услуги – это медицинская помощь по ОМС, оказываемая организацией-исполнителем прикрепившимся в установленном порядке к фондодержателю застрахованным лицам по направлению фондодержателя и по иным основаниям, установленным законодательством Российской Федерации в объеме территориальной программы ОМС [2].

Ежемесячно на счет организации-фондодержателя страховые компании перечисляют средства пропорционально количеству застрахованных лиц,

прикрепившихся к данной медицинской организации. Медицинская организация расходует данные средства на оказание медицинской помощи прикрепленному населению, а также на оказание внешних медицинских услуг организациями-исполнителями. Так формируется финансовый результат в рамках системы фондодержания.

Одним из условий для внедрения фондодержания стало разделение поликлиник и стационаров на самостоятельные юридические лица, что и было сделано в крупных городах Пермского края. На уровне центральных районных больниц разделения на юридические лица не проводилось, но в систему фондодержания эти учреждения также вошли. Фондодержателями являются поликлиники, в г. Перми они первичное звено [3].

Ожидания от системы фондодержания:

- увеличение профилактической работы на уровне первичного звена, своевременное проведение диспансерного наблюдения;
- осуществление оценки конечных результатов деятельности каждого врача, учреждения в целом;
- сокращение объемов дорогостоящей стационарной помощи, перераспределение ее на более экономичную амбулаторную службу (дневной стационар, стационар на дому).

В реальности наблюдалось следующее:

- врачи поликлиник стали задерживать направление пациентов на госпитализацию, обследования, на консультации к специалистам, что повлекло за собой переход заболеваний в тяжелую стадию, когда уже стационарное лечение неизбежно;
- увеличился процент поздней госпитализации и количество вызовов «скорой помощи»;
- круглосуточные стационары вынуждены «держат» больных исходя из нормативного срока лечения, чтобы обеспечить максимально полное финансирование своего учреждения.

В целом поступление финансов в поликлиническую сеть увеличилось. Это связано со внесением изменений в методику расчета. В 2011 г. отрицательный финансовый результат по итогам работы за 2010 г. в расчетах не учитывался. Отрицательный финансовый результат по итогам работы учреждений за 9 месяцев 2012 г. в 4-м квартале 2012 г. не учитывался и стал учитываться по итогам работы начиная с января 2013 г. Таким образом, в 2013 г. часть учреждений имеет отрицательный финансовый результат [2].

В среднем по Пермскому краю финансовый результат на одного прикрепленного жителя за 2012 г. составил 76,81 руб. Выше среднего показателя стабильно результаты у 8 территорий Пермского края: это Большесосновский район – 89,55 руб., Ординский район – 92,93 руб., г. Соликамск – 94,23 руб.,

Чернушинский район – 117,15 руб., г. Пермь – 119,70 руб., Суксунский район – 123,32 руб., Пермский район – 130,80 руб., г. Лысьва – 165,63 руб. Это деньги, оставшиеся у учреждения-фондодержателя за одного пациента, т.е. не направленные непосредственно на лечебный процесс и медицинскую деятельность. В целом эта сумма за год по Соликамску составила 8 млн 861 тыс. 106 руб., по г. Лысьве – 13 млн 728 тыс. 749 руб., по Пермскому району – 11 млн 790 тыс. 976 руб. [3].

Эти деньги учреждения направляли на стимулирующие выплаты сотрудникам, обучение медицинского персонала, приобретение медицинского оборудования и на оплату кредиторской задолженности учреждений, а должны были тратить на лечебный процесс, покрывая дефицит тарифа. Таким образом, например, в г. Лысьве за год на эти цели используется 13 млн 728 тыс. 749 руб., тогда как в стационаре тариф 155 руб. 29 коп. (обеспеченность 56 %), что недопустимо.

Учитывая большой разрыв полученного финансового результата: от 0,10 руб. до 165,63 руб. на одного прикрепленного жителя, при том, что 7 территорий не имеют положительного финансового результата с 2010 г., можно сделать вывод, что имеются серьезные недостатки в данной системе.

Сделаем следующие выводы:

1. В существующей системе при разделении амбулаторного и стационарного лечения имеет место преднамеренное затягивание лечения на амбулаторном этапе, что приводит к удорожанию стационарного лечения, позднему поступлению больных и увеличению длительности лечения.

2. Круглосуточные стационары с целью получения максимального финансового обеспечения лечат больных исходя не из тяжести заболевания и пользы для пациента, а исходя из нормативного срока лечения.

3. В учреждениях, где не было разделения поликлиники и стационара, возникли проблемы, связанные с тем, что амбулатории «неохотно» направляют больных в «чужие» стационары, хотя собственные не всегда обладают необходимой специализацией или переполнены.

Таким образом, никаких стимулов к повышению эффективности лечения у объединенных медицинских учреждений также нет. Финансовое положение в конечном итоге у большинства учреждений не улучшилось, а качество и доступность медицинской помощи ухудшаются.

Учитывая проблемные моменты фондодержания, необходимо рекомендовать министерству здравоохранения Пермского края и Пермскому краевому фонду обязательного медицинского страхования подготовить предложения по усовершенствованию системы фондодержания, с глубоким детальным анализом по каждой медицинской организации.

Список литературы

1. Комаров Ю.М. Новое в законодательстве о здравоохранении // Глав-Врач. – 2012. – № 5. – С. 47–53.
2. Положение, определяющее способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края – Решение Комиссии по разработке ТП ОМС Пермского края от 31.01.2013 № 12 [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.pofoms.ru/RegRefInfo/tproms/Pages/Default.aspx> (дата обращения: 12.12.2013).
3. Акт комиссии по здравоохранению, созданной согласно распоряжения губернатора Пермского края № 111-р от 22.06.2012 г. Доступ через справ.-правовую систему «КонсультантПлюс».

Получено 1.02.2014

Косякова Екатерина Павловна – магистрант, ПНИПУ, ГумФ, гр. Э-12м,
e-mail: katya931@yandex.ru.