**Здравоохранение в России: финансовое и материальное обеспечение**

Оглавление

Введение

Глава 1 Система финансирования здравоохранения в Российской Федерации

1.1 Принципы финансирования здравоохранения в Российской Федерации

1.2 Основные показатели бюджетного финансирования здравоохранения России

Глава 2 Страховые основы финансирования здравоохранения

2.1 Обязательное медицинское страхование

2.2 Добровольное медицинское страхование

Глава 3 Направления совершенствования финансирования здравоохранения

3.1 Возможность прямой оплаты медицинский услуг потребителями

3.2 Направления совершенствования финансового обеспечения учреждений здравоохранения

Заключение

Список литературы

Приложение

# Введение

Развитие системы здравоохранения является неотъемлемой составляющей уровня и качества жизни населения и выполняет важнейшую роль в экономическом развитии регионов и страны в целом, обеспечивая воспроизводство и качество трудовых ресурсов, создающих базу для социально-экономического роста.

Процессы, проходящие в российском здравоохранении последние 15 лет, привели к формированию в Российской Федерации децентрализованной системы здравоохранения. Однако процесс повышения самостоятельности на местах обгонял наполнение местных бюджетов и формирование необходимой нормативно-правовой базы. Образовалась своеобразная пропасть между федеральными и региональными органами управления здравоохранения, с одной стороны, и муниципальной системой здравоохранения - с другой. К 2005 г. все это привело здравоохранение, прежде всего муниципальное, к нищете и разрухе. С этого момента в России было предпринято несколько последовательных шагов для исправления сложившейся ситуации. Прежде всего, это реализация отдельных мероприятий приоритетного национального проекта "Здоровье", который, кроме того, что обеспечил повышение материально-технического состояния здравоохранения, так еще и предоставил регионам и органам местного самоуправления новые технологии управления отраслью: оплата труда работников участковой службы на основе качественных показателей труда, размещение государственного задания в лечебных учреждениях первичного звена с целью выполнения комплекса диагностических услуг (дополнительная диспансеризация), а также в государственных и муниципальных учреждениях с целью оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Все эти шаги, предпринятые с 2005 по 2008 гг., существенно преобразовали финансирование российского здравоохранения.

В комплексе проводимых российских социально-экономических реформ важнейшее место занимает дальнейшее развитие страховой медицины, переход к которой обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием в стране сектора платных услуг. Принятие Закона о введении в Российской Федерации страховой медицины в 1991 году обозначило выделение обязательного медицинского страхования в качестве одного из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.

Цель курсовой работы состоит в изучении организационно-экономического механизма финансирования здравоохранения в России.

Для достижения поставленной цели необходимо решение следующих задач:

* определить основные направления финансирования здравоохранения в России;
* проанализировать современное состояние сферы здравоохранения и тенденции финансирования в здравоохранении;
* изучить пути совершенствования финансирования здравоохранения в России.

Объектом курсовой работы является сфера финансирования здравоохранения в России.

Предметом курсовой работы являются организационно-экономические отношения, возникающие при финансировании в сфере здравоохранения.

Методологической и теоретической основой курсовой работы являются: а) системный подход к исследуемым процессам; б) исследования ученых и специалистов в области финансирования здравоохранения; в) практический опыт государственного регулирования здравоохранения в России и зарубежных странах; г) концептуальные подходы, реализуемые в законодательных и нормативных актах Российской Федерации, методических и аналитических документах органов государственного управления.

Информационной базой курсовой работы послужили справочно-статистические материалы Минздравсоцразвития России, Минэкономразвития России, Минфина России, официальные СМИ, аналитические отчеты, а также обобщенный практический опыт работы в этой сфере.

Предложенные методические рекомендации по совершенствованию организационно-экономического механизма финансирования здравоохранение могут быть использованы при разработке нового порядка формирования и реализации федеральных и региональных целевых программ.

# Система финансирования здравоохранения в Российской Федерации

## Принципы финансирования здравоохранения в Российской Федерации

Переход на рыночные отношения в начале 90-х гг. отразился на здравоохранении. Экономический кризис привел к еще большему недофинансированию отрасли. Стала очевидной невозможность решения проблем финансирования только за счет бюджетных средств. Это предопределило переход от государственной к бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.

В современном мире финансовое обеспечение здравоохранения осуществляется за счет бюджетных источников, средств работодателей, средств населения. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых обществом на здравоохранение, предопределяет модель финансирования отрасли. В настоящее время имеются три такие модели.

1. Бюджетно-страховая модель. В рамках ее здравоохранение финансируется из целевых взносов работодателей, работников и бюджетных средств. Это наиболее распространенная модель. Она используется большинством развитых стран (Германия, Франция, Швеция, Италия и др.).
2. Бюджетная модель. Финансирование осуществляется главным образом за счет бюджетных средств (Великобритания).
3. Предпринимательская модель, в рамках которой финансовое обеспечение осуществляется за счет продаж населению медицинскими учреждениями медицинских услуг и за счет средств фондов добровольного медицинского страхования (США).

До 1991 г. в нашей стране в финансировании здравоохранения действовала бюджетная модель. Главным источником финансовых ресурсов, направляемых на здравоохранение, были бюджетные средства. Доля их в общем объеме средств составляла примерно 85%. Эти средства передавались в основном медицинским учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения.

Вторым источником финансовых ресурсов были средства ведомств и подведомственных им предприятий. Доля этих средств составляла примерно 15%. Эти средства передавались ведомственным медицинским учреждениям.

Третьим источником финансовых ресурсов были средства населения. Их доля была крайне незначительна, так как население оплачивало лишь зубопротезирование и в небольшом объеме некоторые платные, в основном не жизненно важные медицинские услуги.

С введением обязательного медицинского страхования (ОМС) в финансировании здравоохранения в России появились новые источники. Таким образом, источниками финансовых ресурсов стали:

* бюджетные средства;
* взносы работодателей на ОМС;
* средства населения;
* средства ведомств и предприятий на содержание ведомственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Система финансового обеспечения здравоохранения, источники и направления их использования представлены в следующей схеме (рис. 1).

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

Средства бюджетной системы: расходы на здравоохранение осуществляются из всех звеньев бюджетной системы.

За счет федерального бюджета финансируются крупнейшие медицинские центры, клиники, больницы федерального значения, научные учреждения, ведомственные медицинские учреждения.

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

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

Источники финансовых ресурсов

Бюджетные средства

Взносы работодате-лей на ОМС

Средства населения

Средства ведомств на содержание ЛПУ

Финансовые ресурсы здравоохранения

Направления использования средств

Содержание ЛПУ

Содержание скорой медицинской помощи, санэпидемстанций и других учреждений

Содержание медицинских научно-исследовательских учреждений

Рис. 1. Финансовое обеспечение здравоохранения

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

Для обеспечения этих гарантий и обязательств государства по медицинскому обслуживанию населения постановлением Правительства РФ была утверждена "Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2008 год". В этой Программе был сохранен перечень видов медицинской помощи, сложившийся в советское время. Кроме того, были установлены показатели размеров медицинских услуг, которые должны финансироваться государством. Например, в расчете на 1000 человек число вызовов скорой помощи было установлено 318; число койко-дней в больницах — 2812,5, число врачебных посещений в поликлиниках — 9198 и т.д. Таким образом, в Программе была определена сумма требуемых здравоохранению финансовых ресурсов для покрытия затрат, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи. Исходя из медицинской ситуации и экономических возможностей в Программу ежегодно могут вноситься коррективы.

Условия и порядок оказания бесплатной медицинской помощи определяется Министерством здравоохранения и социальной защиты РФ по согласованию с ФФОМС.

Базовая программа государственных гарантий включает в себя:

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

Финансирование Программы государственных гарантий осуществляется из следующих источников:

• средств бюджетов здравоохранения всех уровней;

• средств фондов ОМС;

• других источников поступления средств в здравоохранение.

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

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

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

Ежегодные соглашения между Министерством здравоохранения и социальной защиты РФ, ФФОМС и региональными органами управления используются в качестве механизма выравнивания условий финансирования вышеназванных программ.

Министерство здравоохранения и социальной защиты РФ и ФФОМС, по согласованию с Министерством финансов РФ, разработали и утвердили "Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью".

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

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

На основе приведенных выше показателей региональные органы управления ежегодно формируют территориальные программы государственных гарантий, в которых имеются следующие разделы:

1. Перечень видов и объемов бесплатной медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках Программы государственных гарантий и финансируемой за счет средств бюджетов здравоохранения всех уровней.

Перечень видов и объемов бесплатной медицинской помощи, предоставляемой населению в рамках Программы государственных гарантий и финансируемой за счет средств бюджетов ОМС.

2. Перечень лечебно-профилактических учреждений, финансируемых за счет средств бюджета здравоохранения.

Перечень лечебно-профилактических учреждений, финансируемых за счет средств фондов ОМС.

3. Рассчитанный итоговый объем медицинских услуг, оказываемых в рамках территориальной программы государственных гарантий, и итоговая стоимость программы (так называемый госзаказ).

4. Виды и объем бесплатной медицинской помощи, предоставляемой муниципальными лечебно-профилактическими учреждениями и финансируемой за счет средств бюджета здравоохранения и фондов ОМС и в рамках муниципальной части территориальной Программы государственных гарантий (так называемый муниципальный заказ).

5. План реализации государственного и муниципального заказов.

6. Перечень наиболее важных лекарственных средств, предметов медицинского назначения и материалов, используемых в рамках Программы государственных гарантий.

7. Условия и порядок оказания бесплатной медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации.

8. Итоговая стоимость утвержденной территориальной программы государственных гарантий, включая территориальную программу ОМС.

Средства населения являются вторым по размеру источником финансирования здравоохранения.

Средства ведомств и предприятий — это третий существенный источник ассигнований, направляемых в здравоохранение. В настоящее время ведомствам и предприятиям принадлежит около 15% всех амбулаторных учреждений и 6% больниц, в которых находится 6% коечного фонда страны и работает 10% медицинских работников.

Ведомственные медицинские учреждения финансируются за счет двух источников.

Во-первых, это средства федерального бюджета. Во-вторых, многие государственные и негосударственные предприятия и организации имеют свои медицинские учреждения, финансируемые за счет средств этих предприятий. Кроме того, значительный объем средств направляется коммерческими организациями государственным медицинским учреждениям за предоставляемые ими платные медицинские услуги.

В целом расходы ведомств и предприятий на здравоохранение превышают 3 млрд руб. в год.

## Основные показатели бюджетного финансирования здравоохранения России

В 2008 году в области здравоохранения проводилась работа по реализации мероприятий, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи населению, оптимизацию процесса обеспечения отдельных категорий граждан Российской Федерации лекарственными средствами и санаторно-курортным лечением, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия.

Осуществлялась работа по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в части разработки нормативных правовых актов, обеспечивающих возможность реализации мероприятий Проекта.

Уточнены объемы финансирования мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, издано постановление Правительства Российской Федерации от 12.08.2008 г. № 596 "О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2007 г. № 1013", которым предусмотрено увеличение суммы финансирования указанных мероприятий и расширение перечня федеральных автомобильных дорог.

Проводилась отработка механизмов преимущественно одноканального финансирования учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации через систему обязательного медицинского страхования.

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007 г. № 296, оказывалась бесплатная помощь населению.

Принято постановление Правительства Российской Федерации от 5 марта 2008 года № 147 "О направлении в 2008 году дотаций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования".

Структурные преобразования в отрасли здравоохранения были направлены на оптимизацию сети лечебно-профилактических учреждений с целью повышения клинической и экономической эффективности их деятельности.

В сфере здравоохранения осуществлялись мероприятия по повышению структурной эффективности функционирования системы здравоохранения, в том числе по реструктуризации сети учреждений здравоохранения, переориентации части объемов стационарной медицинской помощи в первичное звено, широкому внедрению ресурсосберегающих (стационарозамещающих) технологий. Особое внимание уделялось первоочередному развитию первичной медико-санитарной помощи.

В части совершенствования системы обязательного медицинского страхования прорабатывались меры, направленные на мобилизацию финансовых средств на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, совершенствование организационной основы управления средствами системы обязательного медицинского страхования и контроля за их целевым использованием, обеспечение координации федеральных органов и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и фондов обязательного медицинского страхования в решении вопросов развития системы медицинского страхования и охраны здоровья граждан.

Отрабатывались механизмы реализации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования на основе преимущественно одноканального финансирования медицинских учреждений, что позволяет более эффективно планировать направляемые в здравоохранение финансовые потоки и контролировать их расходование по реальным результатам деятельности медицинских учреждений.

Осуществлялась реализация мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи, прежде всего в первичном звене, развитие диагностики и профилактики заболеваний, увеличение объема оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также совершенствование организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями и пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий.

Особая роль в рамках национального проекта отводилась сохранению и укреплению состояния здоровья детей, беременных женщин и женщин в послеродовом периоде, укреплению материально-технической базы учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям и женщинам.

С 2009 года приоритетный национальный проект "Здоровье" будет преобразован в государственную программу развития здравоохранения до 2012 года, при этом к нему добавятся три новых направления. Пока этого не произошло и проекты продолжаются в прежнем виде.

За первые два года реализации нацпроекта – 2006–2007 годы – на его финансирование из федерального бюджета было направлено 182,2 млрд руб., в 2008 году – 132 млрд руб. Расходы на 2009 год предусмотрены в размере 149,1 млрд руб.

В 2009 году нацпроект "Здоровье" будет расширен, у него появится ряд новых направлений, в том числе по борьбе с онкологическими заболеваниями и туберкулезом, по дополнительной диспансеризации подростков.

Одной из главных задач нацпроекта станет формирование здорового образа жизни среди россиян, а это, прежде всего, занятие физкультурой и спортом, правильное питание, снижение употребления алкоголя и табака, прохождение диспансеризации, профилактика заболеваний.

К 2012 году, по расчетам Минздравсоцразвития России, количество курящих в стране должно сократиться до 30%, а число употребляющих алкоголь – на 5,1%.

В 2009 году в рамках нацпроекта "Здоровье" сохранятся стимулирующие денежные выплаты врачам и медсестрам участковой службы, персоналу фельдшерско-акушерских пунктов и "скорой помощи", дополнительную подготовку и переподготовку пройдут 11 тыс. врачей первичного звена здравоохранения.

В 2009–2012 годах будут оснащены лечебно-диагностическим оборудованием шесть федеральных и 47 региональных онкологических учреждений. Высокотехнологичную помощь получат 1,13 млн человек, на строительство федеральных центров ВМП выделено 43,1 млрд руб.

Дополнительную диспансеризацию пройдут 8 млн человек.

Продолжатся мероприятия по развитию Службы крови и донорства, в том числе 119 учреждений будут оснащены современным оборудованием, будет создана единая информационная база доноров.

За счет реализации проекта к 2012 году планируется достичь снижения смертности от всех причин до 11,9 на 1000 человек, а увеличения рождаемости – до 13,5 на 1000 человек и, в конечном итоге, увеличения ожидаемой продолжительности жизни до 69 лет.

Для повышения уровня удовлетворенности населения Российской Федерации в высокотехнологичной медицинской помощи, доступности ее для пациентов различных регионов страны в рамках реализации национального проекта в сфере здравоохранения, продолжалась работа по созданию федеральных центров высоких медицинских технологий.

Кроме того, осуществлены изменения структуры органов исполнительной власти в сфере здравоохранения. Упразднены Росздрав и Росмедтехнологии, функции и полномочия которых переданы Минздравсоцразвития России и ФМБА России.

Основная часть функций в сфере здравоохранения относится к ведению органов власти субъектов

Российской Федерации и органов местного самоуправления. Федеральные расходы на здравоохранение направлены на финансирование федеральных медицинских центров, большинство из которых оказывает высокотехнологичные виды медицинской помощи жителям Российской Федерации, финансирование научных исследований и высшего образования в сфере здравоохранения, борьбу с социально–значимыми заболеваниями, такими как ВИЧ, туберкулез, гепатит В и С, сахарный диабет.

В 2008 году расходы федерального бюджета на здравоохранение возрастут на 24%, в 2009 году – на 36% по сравнению с 2007 годом (табл. 1).

Таблица 1 Основные расходы федерального бюджета на здравоохранение

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Сумма на год | | | 2009/2008 | | 2010/2008 | |
| 2008 | 2009 | 2010 | млн. руб. | % | млн. руб. | % |
| В с е г о | 6894997 | 6544106 | 7067787 | -350891 | -5,09% | 172790 | 2,5% |
| Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации | 192391 | 174406 | 144224 | -17985 | -9,35% | -48167 | -25,0% |
| Здравоохранение, физическая культура и спорт | 109409 | 130436 | 115419 | 21027 | 19,22% | 6010 | 5,5% |
| Стационарная медицинская помощь | 56812 | 78999 | 69256 | 22187 | 39,05% | 12444 | 21,9% |
| Здравоохранение в общем объеме государственных расходов | 1,59% | 1,99% | 1,63% | 0,41% | 25,61% | 0,05% | 2,9% |

На основании данных об исполнении федерального бюджета за 2008 год и проектов федерального бюджета на 2009-2010 гг. можно отметить следующие тенденции развития государственного финансирования здравоохранения.

В 2008 году расходы на здравоохранение составили 1,59% от всех государственных расходов. В 2009 году их долю планируется увеличить на 0,41% и расходы достигнут 0,41%. Однако в планах 2010 года сокращение практически до уровня 2008 года.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, минимальная величина средств, направляемых на здравоохранение, в современных условиях должна составлять не менее 6% валового внутреннего продукта. На развитие отечественного здравоохранения в последние годы направлялось около 2% валового внутреннего продукта, то есть значительно меньше.

Это относительные показатели.

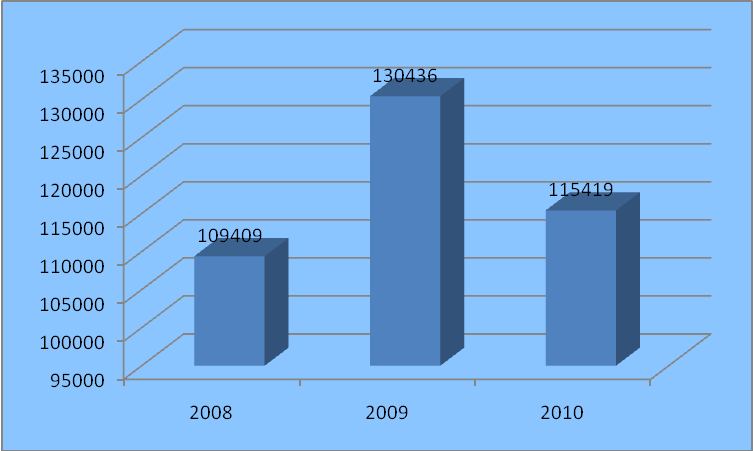


Рис. 2. Объемы финансирования здравоохранения, физической культуры и спорта

Как показывает график на рис. 2 расходы на здравоохранение в абсолютных показателях будут расти в 2009 году, а в 2010 планируется снижение. Это последствия финансового кризиса и окончания действия основных инвестиционных проектов в области здравоохранения.

Ранее мы рассмотрели расходы федерального бюджета. Подробнее можно проанализировать расходы на здравоохранение на основании данных 2007 года. По предварительным оценкам, доходы федерального бюджета при цене нефти в 41 доллар снизятся по сравнению с заложенным уровнем на 3,9 триллиона рублей и составят примерно 7 триллионов рублей (это уже предусмотрено в проекте бюджета).

Если расходы сохранятся в объеме, предусмотренном законом о бюджете, дефицит составит примерно 2 триллиона, или более 5 процентов от ВВП (уже скорректированного на новые условия).

Одним из важных направлений преобразований в здравоохранении является усиление его профилактической направленности. Планируется снизить объем стационарной помощи, в том числе за счет повышения объемов и качества социального обслуживания населения, значительно увеличить объем амбулаторно–поликлинической помощи.

Таблица 2 Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на социально-культурные мероприятия в 2007 г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Млрд. руб. | В процентах к итогу РСКМ | В процентах к итогу консолидированного бюджета |
| Консолидированный бюджет Российской Федерации | 11378,6 |  | 100 |
| Расходы на социально-культурные мероприятия – всего | 5822,3 | 100 | 51,2% |
| в том числе: |  |  |  |
| на образование | 1343 | 23,1 | 11,8% |
| на культуру, кинематографию и | 246,2 | 4,2 | 2,2% |
| средства массовой информации |
| на здравоохранение и спорт | 1381,5 | 23,7 | 12,1% |
| на социальную политику | 2851,6 | 49 | 25,1% |

Таблица 3 Объем амбулаторно–поликлинической помощи

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Единица измерения | 2005 г. | 2006 г. | 2007 г. | 2008 г. | 2009 г. | 2010 г. |
| Объем амбулаторно– поликлинической помощи | Число посещений на 1000 человек | 8900 | 9800 | 10550 | 11500 | 11580 | 11630 |
| Объем стационарной помощи | число койко–дней на 1000 человек | 3085 | 2900 | 2750 | 2500 | 2300 | 2200 |
| Уровень госпитализации | на 100 человек | 22,3 | 22,5 | 20,8 | 20,0 | 19,0 | 18,5 |
| Длительность пребывания в круглосуточных стационарах | дней | 13,8 | 13,2 | 12,5 | 12,0 | 11,5 | 11,1 |

Здравоохранение и спорт составляют 23,7% расходов на социально-культурные мероприятия и 12,1% консолидированного бюджета Российской Федерации. При этом расходы средств федерального фонда обязательного медицинского страхования составили в 2007 году 158177 млн. руб. Итого совокупные расходы на здравоохранение составили в 2007 году следующее распределение по источникам финансирования.

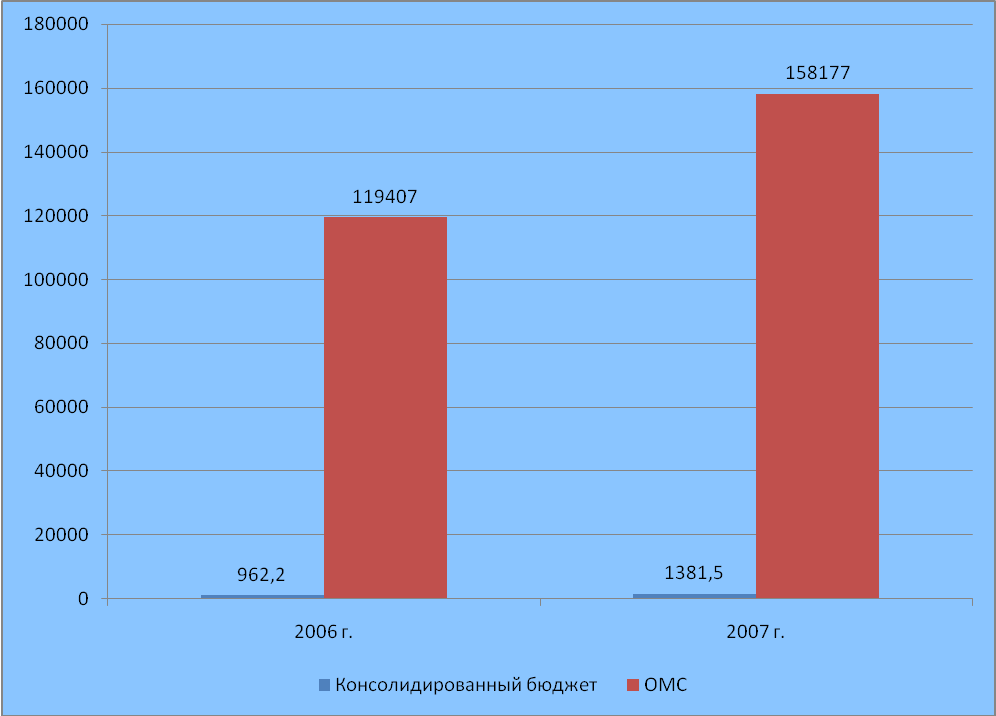


Рис. 3. Распределение по источникам финансирования здравоохранения

Анализ показывает, что преимущество страхового канала финансирования здравоохранения в России очевидно.

# Страховые основы финансирования здравоохранения

## 

## Обязательное медицинское страхование

Система социальной защиты в сфере здравоохранения охватывает защиту от медицинских рисков, которые носят объективный и массовый характер, возникает необходимость в социальных формах защиты от них, имеющих характеристики массово-общественного значения: обязательные для охвата населения, при этом финансовую нагрузку солидарно несут государство, работодатели и трудозанятое население. Организация и функционирование института медицинского страхования учитывают специфику медицинских рисков, характер их проявления, используя финансовый инструментарий учета "совокупной опасности" утраты здоровья для населения, путем формирования финансовых ресурсов обязательного и добровольного медицинского страхования.

В данном контексте медицинское страхование - сложное социально-экономическое понятие, отражающее степень организации и развития социальной защиты здоровья населения, а также как совокупность специфических экономических отношений, посредством которых осуществляется распределение и перераспределение национального дохода путем целевых методов формирования, распределения и использования целевых фондов финансовых ресурсов, играющих роль социального амортизатора медицинских рисков.

Медицинское страхование – это элемент общей системы социальной защиты населения, финансовый инструмент, посредством которого происходит сбор и аккумуляция финансовых ресурсов для обеспечения гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинских услуг в размерах, устанавливаемых государственными программами обязательного медицинского страхования и договорами добровольного медицинского страхования.

Анализ основ страховой медицины позволил выделить группу организационных принципов медицинского страхования:

1. сочетание обязательного и добровольного видов медицинского страхования;
2. конкурентный порядок организации страховых медицинских организаций;
3. различные организационно-правовые формы системы медицинского страхования, предполагающие сочетание государственных и коммерческих институтов.

Реализация указанных принципов позволяет обеспечить как наиболее гарантированную социальную защиту граждан от медицинских рисков, так и наиболее полное удовлетворение спроса социальных групп населения на медицинские услуги.

ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

местная администрация

Страхователи

платежи на неработающих

работодатель

предприятие

учреждение

организация

лечебно-профилактические

учреждения

исполнители медицинских услуг

страховые медицинские организации

страховые взносы на работающих

потребители медицинских услуг

(застрахованные)

защита интересов

оказание

медицинской помощи

финансирование

защита прав застрахованных

оплата

медицинских

услуг

договор

Рис. 4. Схема сбора и капитализации финансовых ресурсов в системе обязательного медицинского страхования

Основная цель обязательного медицинского страхования (ОМС), состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставлении за счет сформированных финансовых ресурсов медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. С одной стороны, ОМС представляет собой финансовый инструмент, посредством которого формируются финансовые ресурсы, направляемые на медицинское обслуживание населения, а с другой ─ это составная часть государственного социального страхования. Схема сбора и капитализации финансовых ресурсов представлена на рисунке 4.

К настоящему времени структура обязательного медицинского страхования организационно оформилась во всех субъектах Российской Федерации. Договорами ОМС охвачено около 130 млн. (почти 90%) жителей страны, а его доля в финансировании здравоохранения, по расчетам специалистов составляет около 40%. Кроме того, в секторе предоставления платных медицинских услуг работает добровольное медицинское страхование. Следовательно, с точки зрения финансовых отношений и социального обеспечения, российская система здравоохранения перестала быть государственной, приобретя черты страховой медицины. Однако полностью решить назревшие проблемы в сфере здравоохранения ей пока не удалось. Так, анализ статистических данных свидетельствует о негативной демографической ситуации в стране, увеличении заболеваемости, преждевременной смертности трудоспособного населения, увеличении уровня трудопотерь от заболеваний, травм, росте инвалидности. Смертность во многих регионах России превышает рождаемость, что приводит к естественной убыли населения, приближающейся к 1 млн. человек в год и выше аналогичного показателя стран Евросоюза в 2,5 раза. По продолжительности жизни мужчин наша страна занимает 134-е место, а женщин ─ 100-е место в мире.

Исследование организационного построения системы медицинского страхования, порядка формирования, распределения и использования финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования позволяет отметить следующее.

Страховые взносы на фонд оплаты труда предприятий, организаций, учреждений и работающих групп населения (3,1% от фонда оплаты труда)

Страховые платежи за неработающее население

Федеральный бюджет

бюджет субъекта Российской Федерации

Муниципальные бюджеты

Фонд обязательного медицинского страхования

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

(1,1 от фонда оплаты труда)

Территориальный фонд обязательного страхования (2,0% от фонда оплаты труда)

Филиалы Территориального фонда ОМС в городах, районах

страховые компании

ЛПУ

страховые компании

страховые компании

ЛПУ

ЛПУ

ЛПУ

ЛПУ

ЛПУ

Рис. 5. Движение финансовых потоков обязательного медицинского страхования

Система обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации демонстрирует сегодня разнообразные модели её организации. Так, определенная законом модель организации ОМС, включающая фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), на сегодняшний день функционирует лишь в трети субъектов РФ, в остальных действуют альтернативные варианты. Как свидетельствует практика, территориальные фонды ОМС широко используют создание своих филиалов, которые занимаются выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений. По расчетам специалистов, более чем в половине субъектов Российской Федерации такие организации действуют наравне со страховыми медицинскими компаниями, а в 20-ти субъектах РФ вообще отсутствуют.

В настоящее время Россия является единственной страной, где ресурсы, предназначенные для финансового обеспечения здравоохранения, проходят сначала через фонды обязательного медицинского страхования, а затем через страховые организации (рис. 5). Следовательно, движение финансовых ресурсов в системе обязательного медицинского страхования проходит цикл перераспределения, в частности и через систему посредников, что, на взгляд автора, приводит не только к отвлечению средств, но и к несвоевременному поступлению их в лечебно-профилактические учреждения, с задержкой, и исключает прозрачность финансовых потоков, затрудняя контроль за их распределением и использованием;

Реалии отечественной системы обязательного медицинского страхования таковы, что она не выполнила основополагающей задачи – стать существенным финансовым источником здравоохранения. Законом "О медицинском страховании" установлено, что территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи разрабатываются с учетом того, что объем предоставляемых медицинских услуг не может быть меньше объема, установленного в базовой программе ОМС. Вместе с тем в современных условиях стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования на практике определяется исходя не из критериев, заложенных в базовой программе ОМС, а из объема финансовых ресурсов, фактически собранных территориальными фондами на данной территории субъекта Российской Федерации. Таким образом, происходит просто замещение части бюджетных средств финансовыми ресурсами обязательного медицинского страхования.

Поступление и расходование средств федерального фонда обязательного медицинского страхования представлено в приложении.

## Добровольное медицинское страхование

Впервые добровольное медицинское страхование (ДМС) в России было закреплено законодательно в 1991 г. в Законе РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Закон определяет цель медицинского страхования следующим образом: "Гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия". Страховой случай указывается в правилах страхования: как правило, это обращение застрахованного в медицинское учреждение за медицинской помощью в случае возникновения или обострения хронического заболевания.

Добровольное медицинское страхование (ДМС), которое аналогично обязательному преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Вместе с тем это единое целеполагание достигается разными формами страхования и разными средствами:

1. добровольное медицинское страхование, в отличие от обязательного, носит характер коммерческого страхования;
2. ДМС обеспечивает гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных рамками бюджетного финансирования;
3. добровольное медицинское страхование использует принцип страховой эквивалентности, обеспечивающий застрахованному те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

С экономической точки зрения, добровольное медицинское страхование представляет собой механизм компенсаций гражданам расходов и потерь, связанных с реализацией медицинского риска.

Добровольное медицинское страхование служит дополнением к бесплатным формам обеспечения населения медицинскими услугами. ДМС стало первым видом страхования, который был освоен нашими страховщиками в период перестройки. Финансирование медицинских услуг через ДМС гораздо выгоднее, чем их прямая оплата. Благодаря налоговым льготам для организаций, использующих собственные средства на добровольное медицинское страхование своих работников, коллективная форма ДМС получила широкое распространение в РФ. Свыше 90% средств дают коллективные полисы, тогда как страхование по индивидуальным полисам развивается медленно. Главная причина состояла в отсутствии долгое время налоговых льгот для индивидуальных клиентов. Общее число страхователей увеличивается в год примерно на 15%, однако не более 20% работающего населения имеют полисы ДМС. Поэтому перспективы роста оцениваются здесь достаточно высоко.

Потребность в ДМС непосредственно зависит от уровня развития обязательного медицинского страхования. Чем полнее покрываются потребности людей в медицинских услугах по линии ОМС, тем меньше спрос на услуги по ДМС. В этом отношении шансы ДМС чрезвычайно высоки. Это объясняется не только недостаточно высоким уровнем бесплатных медицинских услуг, но и глобальными тенденциями кризиса всех систем обязательного социального страхования. Этот кризис связан с демографическими характеристиками современного общества. Не может быть исключением и Россия. В условиях, когда соотношение между числом работающих и неработающих складывается в пользу неработающих, а фонды социального страхования формируются за счет платежей работающей части населения, принцип коллективной солидарности уже не может работать как основополагающий принцип социального страхования. Это стимулирует к расширению палитры предложения страховых услуг в сфере медстрахования.

Одной из проблем развития ДМС является то обстоятельство, что в нашей стране по полису ДМС покрываются расходы только на те медицинские услуги, которые оплачиваются программой ОМС частично или не оплачиваются вообще (например, дорогостоящие операции и процедуры). ДМС дает право пациенту на привлечение ведущих врачей-специалистов, выбор больницы и врача, обеспечение комфортных условий лечения и т.д. Вместе с тем добровольное медицинское страхование может носить совершенно самостоятельный характер и не зависеть от ОМС. Например, страхование выезжающих за рубеж, страхование лиц, не охваченных ОМС.

Фактически четкое разграничение функций ОМС и ДМС в одном страховом случае не является простым делом. В результате возможно пересечение функций и переложение затрат на лечение либо на обязательное, либо на добровольное страхование. При этом, естественно, исходят не из интересов застрахованного лица, а из финансовых интересов самих страховщиков. Примером может служить страхование ОСАГО.

Известно, что по полису ОСАГО оплачиваются лишь дополнительные расходы на лечение и последующую реабилитацию сверх того, что предоставляется по ОМС. В этой ситуации было бы логичнее вообще убрать страхование медицинских затрат из полиса ОСАГО, и тогда стоимость страхования будет меньше. Но никто этого делать не собирается. В то же время в Закон внесена поправка об увеличении размера возмещения ущербам жизни и здоровью до 160 000 руб. на каждого потерпевшего по каждому ДТП в течение срока действия полиса. Однако утвержденной методики по определению размера такого возмещения у страховщиков нет. Каждая страховая компания использует собственную методику, ориентированную на минимум выплат, или вообще не платит по этим ущербам.

Важнейшей проблемой медицинского страхования является определение стоимости медицинских услуг. В России до сих пор отсутствуют четкие медико-экономические стандарты и протоколы для лечения большинства заболеваний, которые разрабатывает и утверждает Минздрав. Основой при этом должны стать стандарты ОМС, которых тоже пока не существует.

Мировая практика такова: каждая страна имеет законодательно утвержденные тарифы медицинских услуг по ОМС. Эти тарифы использует и добровольное медицинское страхование, применяя к ним коэффициенты от 100 до 300% в зависимости от программы страхования, выбранной клиентом.

В России существуют Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС, где указывается, что оплата медицинской помощи в рамках ОМС производится по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения, заключаемого между органами власти, медицинскими и страховыми учреждениями в рамках каждого субъекта РФ. Единой методики расчета тарифов не существует. Расчет стоимости медицинских услуг делается разными способами: по смете расходов, по средней стоимости пролеченного больного, по числу койко-дней и др. Однако ни одним документом не закреплена практика использования этих тарифов в ДМС как базы для расчетов с медицинскими учреждениями и обоснования стоимости программ ДМС. Фактически стоимость медицинских услуг в ДМС устанавливается на основании индивидуальных соглашений между страховщиками и лечебными учреждениями. При этом налицо прямое давление медицины на страховщиков, связанное с отсутствием конкуренции на рынке медицинских услуг. Исключение составляет лишь стоматология, где уровень конкуренции достаточно высок.

В целом, по оценкам специалистов, рост цен на медицинские услуги составляет в среднем в год 20 - 30%, а на страховые полисы - 10 - 15%. Результат - быстрый рост убыточности ДМС, которая в среднем по рынку составляет около 60% и имеет тенденцию к повышению. Вследствие диспаритета цен падает качество страховой услуги. В целях снижения затрат страховщики вынуждены сокращать оплату диагностических и лечебных процедур, ставя под сомнение необходимость их проведения. Очевидно, что пришел черед формировать новую технологичную систему отношений на рынке ДМС.

ДМС наиболее востребовано у корпоративных клиентов - как у крупных российских и мультинациональных компаний, так и у предприятий среднего бизнеса, являясь одновременно и механизмом мотивации персонала, и способом сокращения издержек предприятия. Предложения для корпоративных клиентов формируются страховщиками индивидуально в зависимости от потребности каждого конкретного предприятия и могут включать множество дополнительных услуг, в том числе мероприятия, направленные на поддержание здорового образа жизни персонала.

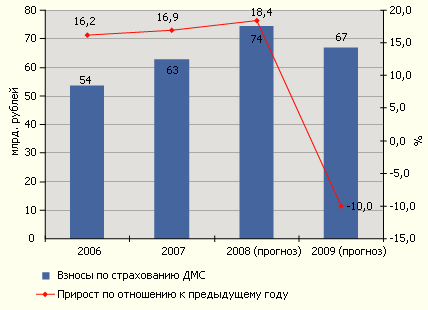


Рис. 6. Динамика взносов по ДМС

По прогнозам "Эксперт РА", объем российского страхового рынка в 2009 году составит 520 млрд. рублей. Наибольший вклад в падение страхового рынка внесут: страхование автокаско (-44 млрд. рублей), страхование имущества юридических лиц от огневых и иных рисков (-12 млрд. рублей), ДМС (-7 млрд. рублей) и страхование от НС и болезней (‑6 млрд. рублей).

В 3-ем квартале 2008 года суммарные убытки российских страховщиков, собравших по итогам 9-ти месяцев 2008 года 55% рыночных взносов, составили -3,375 млрд. рублей. Суммарная задолженность по заработной плате на конец 3-его квартала 2008 года выросла по сравнению с началом года в среднем на 323,7% и составила 1,232 млрд. рублей.

Усредненная рентабельность активов страховых компаний по итогам 9-ти месяцев 2008 года была равна 2,54% (4,0% за 2007 год). Положительные показатели рентабельности активов были получены за счет прибыли, заработанной еще в 1-ом полугодии. Усредненный показатель рентабельности активов страховых компаний за 3-ий квартал 2008 года составил -0,01%.

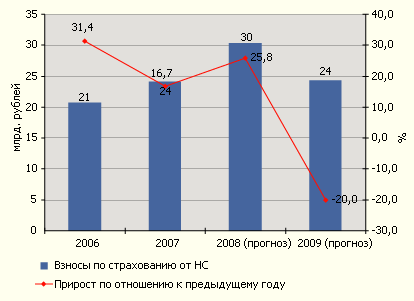


Рис. 7. Динамика взносов по страхованию от несчастных случаев и болезней

После ускорения темпов роста в начале 2008 года взносы по ДМС по итогам 2009 года упадут на 10%. Причины: сокращение штатов во многих компаниях, снижение финансирования социальных пакетов.

В 2009 году взносы по страхованию от несчастных случаев и болезней сократятся на 20%. Причины: сокращение объемов ипотечного кредитования. Тем не менее, потенциальная долгосрочность ипотечного страхования и рост спроса на розничное страхование от несчастных случаев уберегут рынок от еще большего падения.

Сегодня, на фоне роста значимости социальной ответственности работодателя, все большую актуальность приобретает возможность включения в страховку услуг, направленных на профилактику заболеваний, как одного из элементов системы управления здоровьем - Health management. Эта технология применяется в США и включает в качестве дополнения к лечению заболеваний широкий перечень мероприятий по формированию здорового образа жизни.

Для повышения удовлетворенности клиентов страховые компании:

* способствуют в получении справки о наличии лекарств через свою диспетчерскую службу;
* осуществляют запись к врачу через диспетчерскую службу;
* предоставляют скидки на другие виды розничного страхования для застрахованных сотрудников и их родственников (например, автострахование, страхование имущества, страхование от несчастного случая и др.);
* предоставляют скидки на лекарства в аптеках;
* предоставляют скидки и бонусы в медицинских учреждениях при получении ряда услуг, не включенных в программы страхования;
* организуют экстренную медицинскую помощь на территории России.

Размер страховой премии по корпоративным договорам ДМС зависит не только от объема услуг, включенных в программы ДМС, и уровня лечебных учреждений, но также от численности коллектива, возраста застрахованных и др.

Слабый уровень развития рынка розничного ДМС обусловил то, что большинство страховых программ для физических лиц у разных страховых компаний совпадают по объему услуг и лишь незначительно различаются размерами страховых премий. Такая схожесть связана с тем, что риски, присущие амбулаторно-поликлиническому и стоматологическому обслуживанию, а также ведению беременности и родовспоможению, страховые компании предпочитают передавать лечебным учреждениям, которые определяют и объем услуг, и стоимость программы прикрепления.

Только услуги стационаров и скорой медицинской помощи страховые компании берут на свой риск; соответственно, объем этих услуг и размеры страховых премий по таким программам определяют страховщики. При этом разница в тарифах по этим программам у различных страховых компаний значительна, потому что их рассчитывают актуарии на основе имеющейся статистики и данных предстрахового анкетирования о состоянии здоровья. Анкетирование как метод антиселекции риска при страховании физических лиц используется в большинстве страховых компаний и часто является обязательным условием принятия на страхование.

Вместе с тем в последнее время в связи с ростом спроса в розничном сегменте страховщики начали задумываться о создании конкурентоспособных продуктов ДМС, разработанных с учетом потребностей целевых сегментов потребителей. С одной стороны, такие продукты более понятны потребителям, с другой - в результате стандартизированных бизнес-процессов позволяют сотрудникам страховой компании быстрее оформить страховой полис и использовать в качестве канала продаж страховых агентов, не имеющих большого опыта работы в ДМС.

Например, компания "Ренессанс страхование" недавно начала продажи продукта ДМС "Vitality", разработанного для физических лиц - сторонников здорового образа жизни. Полис ДМС не только включает комплексный объем медицинских услуг, в том числе ежегодные профилактические осмотры, но и предоставляет застрахованным скидки в фитнес-клубы и скидки при оплате премии за следующий год за усердие в поддержании здоровья (оценивается врачом по таблице баллов).

Компания "РОСНО" перешла к продуктовому подходу одна из первых; в настоящее время ее предложение для физических лиц включает разнообразные продукты для детей и взрослых, например продукты "Кроха", "Школьник", "ДМС-бюджет", "Забота о родителях" и др.

Несмотря на сложность обоснования методики расчета стоимости медуслуг, практика ее решения давно сложилась за рубежом. В ее основе выделение материальных составляющих затрат и гонораров врачей. Стоимость медикаментов, перевязочных средств, продуктов питания, оборудования, мягкого инвентаря и т.д. определена ценой их приобретения и легко поддается прогнозу, даже с учетом роста цен. Что же касается фонда оплаты труда, то здесь встает проблема дифференциации оплаты по видам услуг. В этом отношении интересен опыт Германии. При расчете стоимости лечения медицинское учреждение исходит из стандартной спецификации услуг, оказываемых пациенту. По законодательно утвержденной таблице, в которой описывается содержание медицинских услуг и приведены их оценки, выраженные определенным количеством баллов (например, консультация "стоит" 80 баллов, выписка повторного рецепта или направления - 30, постановка капельницы - 253 балла и т.д.), рассчитывают гонорары врачей. Для стоматологов и врачей-гомеопатов приняты свои таблицы гонораров. Величина вознаграждения за оказанные услуги определяется путем умножения суммы баллов на цену одного балла. Утвержденная стоимость одного пункта (базовая ставка) составляет 0,114 евро и периодически пересматривается.

Правила оплаты гонораров предусматривают максимальные границы вознаграждения, установленные через повышающие коэффициенты к базовой ставке. Повышающий коэффициент устанавливается исходя из затрат времени и сложности процесса лечения. Например, стоимость вознаграждения за консультативную помощь врача находится в интервале от 1,0 до 2,3 к базовой ставке. Максимальный коэффициент увеличения составляет 3,5, однако, чтобы его получить, необходимо представить соответствующее письменное обоснование. В исключительных случаях может иметь место специальная договоренность о величине отклонения гонорара от установленных стандартов.

Тенденция удорожания медицинских услуг и роста убыточности медицинского страхования характерна для большинства стран. В связи с этим предпринимаются попытки внесения радикальных изменений в организацию системы медицинского обслуживания населения. Лидером в этом процессе выступают США, где формируются общества взаимного страхования здоровья, организующие медицинское обслуживание своих членов на основе прямого заключения договоров с медицинскими учреждениями. Страхование и лечение в таких организациях стоит дешевле, так как общество осуществляет полный оперативный контроль использования собранных средств. Эта форма практикуется только в коллективном страховании, осуществляемом совместно работодателями и наемными работниками. По всей вероятности, это направление развития перспективно и для России. Крупные страховые компании, такие как "Капитал-полис" и "Медэкспресс", создают собственные многопрофильные медицинские центры для обслуживания застрахованного контингента.

# Направления совершенствования финансирования здравоохранения

## 

## Возможность прямой оплата медицинский услуг потребителями

Затраты на получение платных медицинских услуг в России за истекший год составили от 3 до 5 миллиардов долларов.

В Москве и в ближайших ее окрестностях к услугам платной медицины обращаются ориентировочно 1,5-2 миллиона человек. Нижнюю границу объема рынка платных медицинских услуг в Москве можно оценить в пределах 450-600 миллионов долларов. На самом деле, ряд направлений услуг здравоохранения, такие как: лечебная косметология, стоматология, нетрадиционная медицина, оздоровительная медицина, лечение наркомании и прочее, давно уже являются платными.

Большинство клиентов медицинских центров (29%) готовы потратить на лечение от 1000 до 2000 рублей, а 27,5% планируют ограничиться расходами до 1000 рублей. Медицинским предприятиям можно сделать ставку на привлечение третей по численности группы потенциальных покупателей – тех 22,3% людей, которые готовы потратить 2000-4000 рублей. Услуги стоимостью от 10000 рублей готовы покупать лишь 4% потребителей.

К услугам частных медиков уже прибегает большинство населения страны. Деньги врачам платят 59% опрошенных россиян. При этом 21% указали, что имеют возможность пользоваться платными медицинскими услугами регулярно, а 37% готовы воспользоваться ими в случае необходимости. Правда, 38% не имеют такой возможности вообще.

В стране идет нарастание платности медицинской помощи, причем в совершенно не контролируемых формах. Рост государственного финансирования практически не сдерживает этот процесс. Согласно расчетам Сергея Владимировича Шишкина, последние полтора десятилетия частное финансирование росло заметно быстрей, чем государственное, причем эта динамика прослеживается даже в периоды заметного прироста государственных расходов. Из этих данных следует, что процесс замещения бесплатной помощи платной приобрел определенную инерцию, и пока не прослеживаются пути преодоления этой тенденции.

Некоторые сравнительные оценки доли личных расходов в общем объеме расходов на здравоохранение (государственных и личных) показывают следующее. В России, по данным ВОЗ, эта доля составляет примерно 40%. Это намного больше, чем в других странах постсоветского пространства, например, в Чехии, Словакии, Эстонии, Венгрии, где эта доля составляет 10-25%. И заметно меньше, чем в закавказских и среднеазиатских государствах, где она достигла 70-75%. Существует эмпирически доказанная закономерность: в странах с более высоким уровнем экономического развития относительное бремя личных расходов на медицину снижается по сравнению с более бедными странами (доля личных расходов ниже).

Среднее значение этой доли по 15 странам ЕС составляет 25% (в совокупных расходах на здравоохранение), а в странах СНГ – 43%. Эта закономерность отражает повышение роли принципа общественной солидарности в покрытии расходов на лечение по мере экономического роста. В развитых государствах финансовое бремя таких расходов снижается. Кстати говоря, в Концепции долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года заложено некоторое сокращение доли частного финансирования (это предварительный вариант расчета, поскольку программа еще не опубликована).

Сегодня в России действуют четыре формы личных расходов на медицинскую помощь – прямая покупка лекарственных средств, платные медицинские услуги по полной стоимости, неформальные т.е. незаконные платежи и добровольное медицинское страхование (ДМС). Доминируют первые две формы. Вот некоторые оценки: ДМС по отношению к объему платных услуг составляет всего лишь 29% в 2006 г. (хотя чуть больше, чем в 2000 г. –25%), при этом часть ДМС – это скрытая формы возмещения платных услуг.

Доминирование оплаты лекарств и платных услуг по полной стоимости значит, что люди с большими потребностями в медицинской помощи вынуждены полностью полагаться на уровень своей платежеспособности при решении вопроса, что и в каких объемах покупать. А для части больных людей возникает проблема "катастрофического риска", т.е. риска неприемлемо высокого финансового бремени оплаты медицинской помощи. ВОЗ количественно определяет этот риск в размере затрат на лечение выше 50% располагаемого дохода. У нас такие расходы, согласно расчетам, несут уже многие. При этом действует два дополнительных фактора, которые необходимо учитывать на будущее. Первый – постоянное удорожание медицинских технологий, второй – растущая выявляемость заболеваний. В рамках национального проекта "Здравоохранение" была проведена масштабная программа диспансеризации, которая позволила выявить новые случаи серьезных заболеваний, а что с ними делать пока никто не знает: гарантирует ли государство их бесплатное лечение?

Ставится вопрос: а выдержит ли средний класс эти растущие расходы в 2015 или 2020 году, когда стоимость используемых медицинских технологий возрастет в разы. В условиях финансового кризиса скорее всего нет – больные люди по своему имущественному положению скатятся на уровень, не свойственный среднему классу. В Европе уже давно используются значительно более солидарные формы оплаты медицинской помощи – за счет налоговых средств, дополняемых ДМС и частичным покрытием стоимости потребленной медицинской помощи (соплатежом).

Опыт европейских стран показывает, что внедрение предпринимательства благотворно сказывается на развитии здравоохранения, но при условии, что предпринимательство в сфере здравоохранения помогает решать государству стоящие перед ним задачи, а не является самоцелью. Предпринимательство стремится к модернизации, рационализации и повышению эффективности. Высокая эффективность позволяет увеличивать объем и улучшать качество услуг, обеспечивать определенный уровень благ. При этом масштаб предпринимательской активности в европейских странах значительно выше в периферийных, чем в центральных клинических областях системы здравоохранения. Значительные возможности предпринимательства имеются в стоматологии, фармацевтике, домашней (семейной) медицине. Предпринимательские инициативы по-прежнему не играют существенной роли в двух самых дорогих отраслях здравоохранения европейских стран: оказании стационарной и экстренной медицинской помощи. Однако и здесь отмечаются существенные перемены. Так, в Германии в настоящее время в государственной собственности находится 55% больниц, во Франции - 65%, в Нидерландах - практически все больницы (за исключением университетских клиник). При этом на фоне снижения числа государственных больниц в странах Европы отмечается постоянный рост частных коммерческих больниц. В Италии таких больниц насчитывается 10%, в Испании - 18%, во Франции - 20%.

Существует и другая проблема: платные медицинские услуги и эффективность использования ресурсов здравоохранения. Есть все основания для вывода о том, что платные медицинские услуги оказались вне сферы управляющего воздействия государства. Органы управления здравоохранением, страховщики в последние годы пытаются управлять объемами медицинской помощи, оказываемыми в бюджетных учреждениях в рамках программы государственных гарантий, делая акцент на оптимизацию объемов стационарной помощи, снижение необоснованных госпитализаций и проч. Но эта политика не распространяется на область платных услуг. Здесь требования к обоснованности госпитализации намного ниже, если вообще таковые существуют.

Во многом из-за платных услуг возникают лишние мощности учреждений, которые приходится содержать с большими затратами. Ресурсы больниц "размазываются" на большое количество случаев госпитализации, как следствие - снижается стоимость одного случая, а значит и качество медицинской помощи.

Расчеты Высшей школы экономики по 89 субъектам РФ показывают статистически значимую позитивную связь между объемом платных услуг и показателями, характеризующими масштабы структурной неэффективности регионального здравоохранения. Чем больше объемы платных услуг на душу населения, тем выше уровень и длительность госпитализации, тем больше коечный фонд. То есть, платные услуги снижают требования к эффективности использования ресурсов и усиливают структурные диспропорции в системе. Отсюда следует вывод, что нам нужны не только более солидарные формы личных платежей, но и экономически более рациональные формы.

## Направления совершенствования финансового обеспечения учреждений здравоохранения

В публикациях, посвященных положению дел в современном российском здравоохранении, часто говорится о неразвитости законодательной базы в области охраны здоровья граждан. Правительство страны, понимая недостатки существующей системы здравоохранения, на протяжении нескольких лет предпринимает усилия, направленные на совершенствование существующей системы здравоохранения. За последние несколько лет Россия регрессировала по основным показателям здоровья населения: уровню смертности и средней продолжительности жизни, заболеваемости и инвалидности населения, в том числе в связи с проблемами в системе здравоохранения.

Существует мнение, что рост заболеваемости можно объяснить улучшением диагностики, что действительно и происходит в последнее десятилетие, отставанием развития лечебных технологий и повышением достоверности статистических данных. Однако рост показателей смертности, инвалидности и диссонанс с аналогичными показателями заболеваемости населения развитых стран свидетельствуют о действительном росте заболеваемости.

Возрастает стоимость национального груза болезней, включающая:

* прямую стоимость медицинской помощи (больничной, амбулаторно-поликлинической, скорой) и социальной помощи заболевшим в период частичной утраты трудоспособности;
* непрямую стоимость (немедицинские затраты), выраженную в потерях валового внутреннего продукта, обусловленных потерей трудоспособности в связи с болезнью, отсутствием людей на работе.

Формирующиеся рыночные отношения на основе различных видов собственности изменили здравоохранение как социальный институт, в котором остались прежние принципы финансирования сети учреждений при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами. При этом государственные и муниципальные учреждения здравоохранения вынуждены приобретать материально-технические ресурсы по рыночным ценам. Возник дисбаланс доходов и расходов учреждений. Обязательное медицинское страхование не ввело страховые механизмы, способствующие развитию конкуренции, и не включило в оборот здравоохранения необходимый объем финансовых ресурсов, не стало механизмом их эффективного расходования.

До настоящего времени развитие здравоохранения в нашей стране не зависит от потребностей граждан как потребителей медицинской помощи. В странах с развитой социально-ориентированной экономикой центральной фигурой правоотношений при получении медицинской помощи определенного уровня и качества является человек, его потребности, на обеспечение которых направлена деятельность государства, определяющего с учетом имеющихся ресурсов уровень здоровья населения, необходимый для экономического роста. Для его достижения формируется определенная система здравоохранения и ее организационно-экономическая модель (государственная, страховая, частная, смешанная).

Реформирование здравоохранения любой страны основывается на национальных целях, стратегии приоритетов, оптимальном использовании ресурсов и целостном подходе.

Таким образом, в настоящее время сформировались предпосылки для реформирования здравоохранения.

К предпосылкам реформирования со стороны государства относятся: негативная динамика показателей здоровья населения, низкая доступность и качество бесплатной квалифицированной медицинской помощи и неэффективность громоздкой системы здравоохранения.

Предпосылки реформирования здравоохранения имеют экономическую и организационную природу. К ним относятся:

* ограниченность ресурсов отрасли, включая сокращение государственных расходов на здравоохранение;
* экстенсивное развитие отрасли, не базирующееся на реальных потребностях населения;
* неэффективное использование ресурсов системы здравоохранения, в том числе трудовых;
* отсутствие экономической мотивации у медицинских работников в оказании качественных услуг;
* увеличение доли соучастия пациентов в оплате медицинской помощи;
* распространение теневой оплаты медицинских услуг (сопоставимой с расходами государства на здравоохранение);
* неэффективная система управления отраслью;
* неэффективная система оказания медицинской помощи (наряду с недостаточным внедрением в деятельность учреждений общественного здравоохранения современных медицинских технологий в структуре медицинской помощи существует громоздкая система издержек).

Предпосылки реформирования здравоохранения со стороны медицинских работников:

* появление профессиональных потребностей медицинских работников в более высоком уровне и качестве оказываемой медицинской помощи, обусловленное развитием медицинской науки;
* низкий уровень оплаты труда работников здравоохранения.

Предпосылки реформирования здравоохранения со стороны граждан:

* низкое качество и недостаточная доступность медицинской помощи;
* неудовлетворительное состояние здоровья граждан.

Таким образом, можно сказать, что в здравоохранении создалась "революционная ситуация", когда "низы не хотят жить по-старому, а верхи не могут по-старому управлять". Первым шагом по исправлению существующего положения дел стало создание Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Главной целью реформирования здравоохранения является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения.

То, что российское здравоохранение требует увеличения государственного финансирования, совершенно очевидно. Надо решить задачи сокращения смертности, улучшения состояния здоровья населения. А для этого следует, во-первых, вкладывать в здравоохранение дополнительные деньги и, во-вторых, что еще важнее, преобразовывать правила финансирования здравоохранения и всю систему оказания медицинской помощи.

Два года назад Правительство решило, что пока в здравоохранении, как и в образовании, масштабных реформ проводиться не будет. В то же время для ослабления наиболее острых проблем было предусмотрено выделить из бюджета дополнительные средства. Это и приняло форму национальных проектов.

Приоритеты в национальном проекте "Здравоохранение" определены абсолютно верно. Это первичная медицинская помощь, оснащение поликлиник и станций скорой помощи оборудованием и машинами, профилактика ряда заболеваний, диспансеризация и увеличение объемов оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи.

Предусмотрены и некоторые изменения в правилах финансирования здравоохранения. Родовые сертификаты, система мониторинга реализации проекта - все это шаг вперед.

В то же время проект не устраняет необходимости более глубоких реформ. В 2008 г. расходы на национальный проект "Здравоохранение" составили лишь 10% государственного финансирования здравоохранения. Ожидать, что за счет этих средств будет достигнуто серьезное улучшение ситуации в отрасли, наивно. Для того чтобы всем гражданам стало заметно улучшение качества оказываемой медицинской помощи, в здравоохранение надо направить как минимум на 30 - 40% средств больше, чем сейчас, и проводить в отрасли реформы.

Для этого, прежде всего, предлагается определить границы гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. В настоящее время к рассмотрению в Государственной Думе Российской Федерации готовится федеральный закон "О государственных гарантиях бесплатной медицинской помощи". В рамках этих гарантий будут определены стандарты медицинских услуг, в рамках которых гарантируется бесплатная для пациентов медицинская помощь. Сверх стандартов диагностика, профилактика и лечение будут осуществляться за собственные средства пациентов или их работодателей. Также будет взиматься плата за повышенный уровень комфортности получения медицинской помощи.

В государственной и муниципальной системах здравоохранения предполагается окончательно перейти к оплате за оказанный объем и качество медицинской помощи.

Также в ближайшем будущем правительство и парламент страны должны обеспечить современную правовую базу обязательного медицинского страхования.

Таким образом, реформа здравоохранения должна включать два основных блока - модернизацию системы финансирования и оптимизацию структуры здравоохранения (медицинской помощи и сети учреждений). Успех реформы зависит от координации шагов по этим двум направлениям. Реформа должна проводиться поэтапно с обязательным соблюдением темпа реформирования и вовлеченности в процесс реформирования всех субъектов системы, прежде всего, граждан и работников системы здравоохранения, включая ассоциации специалистов, работодателей, и соответствовать социально-экономическим преобразованиям в стране и ресурсным возможностям государства.

Модернизация здравоохранения рассматривается в качестве важнейшего приоритета проекта Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации, работа над которой велась с весны 2007 г. В выступлении Президента РФ В.В. Путина 8 февраля 2008 г. на расширенном заседании Государственного совета "О стратегии развития России до 2020 года" сформулированы задачи сокращения смертности в России к 2020 г. в 1,5 раза и проведения необходимых для этого системных изменений в организации медицинской помощи, технического перевооружения медицинских организаций, качественного изменения кадрового потенциала здравоохранения

Можно выделить три ключевых вопроса, от ответа на которые зависит характер развития российской системы здравоохранения в обозримой перспективе.

* Что должно гарантировать государство?
* Где будет лечиться средний класс?
* Кому будем платить: страховщику или врачу?

Существующая система государственных гарантий оказания медицинской помощи требует трансформации. Оставить существующие гарантии бесплатной помощи неконкретными, с размытыми границами между бесплатной и платной помощью – значит обречь финансовые затраты государства на неэффективное использование, сохранить барьеры в доступности медицинской помощи для бедных и части среднего класса и общую неудовлетворенность населения работой системы здравоохранения.

Среди возможных вариантов решения этой задачи следует выделить следующее:

* конкретизация государственных гарантий бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, технологиям, порядку и условиям оказания медицинской помощи через систему стандартов (стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях, стандартов оснащения медицинских учреждений, перечней предоставляемых лекарственных средств и др.);
* разграничение медицинских учреждений на имеющие и не имеющие права оказывать платные медицинские услуги; предоставление бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях, которым запрещается оказывать аналогичные услуги за плату;
* введение легальных соплатежей населения за медицинские услуги; государственные гарантии бесплатной медицинской помощи трансформируются в гарантии ее государственного софинансирования.

Каждый из этих вариантов связан со значительными рисками и издержками, поэтому выбор стратегии решения этой задачи очень нелегок, но его придется делать. Решающее значение для характера дальнейшего развития российской системы здравоохранения будет иметь ответ на вопрос: в какой из ее частей будет лечиться растущий средний класс – в частной системе, уже быстро растущей и готовой предложить платежеспособным пациентам медицинское обслуживание высокого качества, или в государственной системе? Сможет ли она трансформироваться и стать адекватной запросам всего населения, или она будет низкоэффективной системой преимущественно для бедных, не способных платить за лечение, а небедные станут получать большую часть медицинской помощи в частных клиниках? Это будет зависеть от желания и способности государства провести реструктуризацию системы здравоохранения и создать новые механизмы мотивации учреждений и медицинских работников к повышению эффективности и качества.

Будущее российского здравоохранения во многом будет определяться тем, какие механизмы получения услуг требуемого качества будут для населения наиболее эффективными. Сейчас это механизмы неформальной оплаты услуг медицинских работников. Но они не обеспечивают действенную защиту пациентов против вымогательства, навязывания избыточных услуг, минимизации последствий врачебных ошибок. Альтернативой является медицинское страхование, в котором между врачом и пациентом появляется информированный посредник, экономически заинтересованный в своевременном, качественном и эффективном лечении своих застрахованных. Но для того чтобы институты медицинского страхования именно так и работали и начали вытеснять неформальные платежи, необходимы модернизация системы обязательного медицинского страхования и последовательная политика стимулирования развития добровольного страхования и форм его сочетания с обязательным.

На основании исследованного материала следует сделать вывод, что совершенствование системы финансирования здравоохранения лежит в контексте роста объемов государственного финансирования в совокупности с привлечением частных средств при условии постановки зависимости объемов финансирования от качества оказываемых медицинских услуг.

# Заключение

Продолжающаяся административная реформа затронула и сферу финансирования здравоохранения. Можно отметить положительные сдвиги: продолжающееся улучшение демографической ситуации, что выражается в увеличении рождаемости и снижении смертности. В рамках нацпроекта "Здоровье " строятся медицинские центры, растет финансирование здравоохранения в целом.

К сожалению, работа над концепцией развития финансирования здравоохранения возможно будет затруднена наступившим финансово-экономическим кризисом. Он может отразиться на уровне доходов населения и, вероятно, скажется на демографических показателях. Могут возникнуть проблемы с лекарственным обеспечением, так как значительная часть препаратов импортируется.

В связи с этим подход к развитию или запрещению платных услуг в госучреждениях неоднозначен. Если разрешать платные услуги, надо очень четко разделять, где заканчивается бесплатная медицина и начинается платная. Это подчеркивает лишний раз несформированность правовой базы по государственным гарантиям бесплатной медицинской помощи. Со всей очевидностью следует признать, что пакет бесплатной помощи сейчас может быть оказан и на платной основе, что совершенно неприемлемо.

По моему мнению государственные учреждения здравоохранения платные услуги оказывать не должны. Это должна быть прерогатива исключительно коммерческих учреждений. Иначе есть соблазн потянуть одеяло в область платных услуг в ущерб бесплатной помощи, что может существенно сказаться на уровне жизни населения особенно в условиях финансового кризиса.

Как было показано в работе мы ушли от советской системы, но к чему пришли, непонятно. Существующая система страховой медицины это имитация советской системы государственного финансирования по факту а не по названию. По сути, у нас сейчас нет обязательного медицинского страхования, а есть обязательное медицинское обеспечение. И чтобы заставить систему нормально работать, нужно менять все принципы медицинского страхования, вводить добровольную или смешанную страховку, так как бюджетных денег на нормальное функционирование бесплатной отрасли медицины, увы, недостаточно.

Пока не решена главная проблема финансирования здравоохранения – увязка его с качеством оказываемых медицинских услуг.

Среди возможных вариантов решения этой задачи следует выделить следующее:

* конкретизация государственных гарантий бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, технологиям, порядку и условиям оказания медицинской помощи через систему стандартов (стандартов оказания медицинской помощи при заболеваниях, стандартов оснащения медицинских учреждений, перечней предоставляемых лекарственных средств и др.);
* разграничение медицинских учреждений на имеющие и не имеющие права оказывать платные медицинские услуги; предоставление бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях, которым запрещается оказывать аналогичные услуги за плату;
* введение легальных соплатежей населения за медицинские услуги; государственные гарантии бесплатной медицинской помощи трансформируются в гарантии ее государственного софинансирования.

Надо подчеркнуть в 2010 г. Россию ждет реформа, отменяющая единый социальный налог, который заменят страховые выплаты, повышающие отчисления в фонды ОМС. Непонятно как это будет работать в русле нарастания финансового кризиса. В этих условиях возможно только усиление государственного финансирования отрасли. Как показала практика введение страховой медицины не подтолкнуло качество медицинских услуг к росту. Так не прояснены механизмы его усиления в будущем. Как представляется возможное софинансирование услуг позволит пациенту участвовать в определении качества услуг, которые он оплачивает. Но это не панацея, так как платная медицина в России зарекомендовала себя не лучшим образом, когда раздувались расходные части бюджетов.

Как свидетельствует опыт многих стран, реформы должны проходить синхронно по нескольким направлениям: параллельно с государственным финансированием медицинской отрасли необходим активный поиск дополнительных форм поступления денежных средств, одновременно должны быть четко определены заказчик, потребитель и производитель медицинских услуг, оформлены между ними контрактные отношения или сотрудничество.

Одной из первоочередных задач должно стать снижение себестоимости лечения пациентов при сохранении высокого качества медицинский услуг. Так, например, опыт передовых стран свидетельствует о том, что экономически оправданным является уменьшение количества койко-дней.

Одним из главных положений, на мой взгляд, является гарантирование пациентам права на свободный выбор лечебного учреждения и лечащего врача.

Это может быть учтено при построении системы страхования. Очень важно ввести конкурентные начала между добровольной и обязательной частью страхования, что может сказаться на качестве услуг.

# Список литературы

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) // Российская газета", N 237, 25.12.1993.
2. Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 29.12.2006) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" // Ведомости СНД и ВС РСФСР, 04.07.1991, N 27, ст. 920.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 18.10.2007) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2008) // Ведомости СНД и ВС РФ, 19.08.1993, N 33, ст. 1318.
4. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" // Собрание законодательства Российской Федерации от 19 июля 1999 г., N 29.
5. Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ (ред. от 18.10.2007) "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" (принят ГД ФС РФ 24.05.2001) // Собрание законодательства РФ, 25.06.2001, N 26, ст. 2581.
6. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ (ред. от 18.10.2007) "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (принят ГД ФС РФ 24.02.1995) (с изм. и доп., вступ.в силу с 01.01.2008) // Собрание законодательства РФ, 03.04.1995, N 14, ст. 1212.
7. Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ (ред. от 01.12.2007) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (принят ГД ФС РФ 12.03.1999) // Собрание законодательства РФ, 05.04.1999, N 14, ст. 1650.
8. Постановление Правительства РФ от 15.05.2007 N 286 (ред. от 30.04.2008) "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год" // Собрание законодательства РФ, 21.05.2007, N 21, ст. 2509.
9. Симоненко А.М. Совершенствование финансирования здравоохранения Российской Федерации // Медицинское право, 2005, N 1.
10. Возможные пути развития законодательства в сфере медицинского страхования // Юридическая и правовая работа в страховании, 2005, N 4.
11. Бокарева Л.Г. Концепция реформирования бюджетного процесса с точки зрения государственного финансового контроля // Финансы. 2006. N 4.
12. Отришко М.О. Роль приоритетных национальных программ в решении проблем финансирования здравоохранения // Финансовая политика Российского государства в условиях экономических и социальных реформ: Сборник научных трудов. Вып. 5. Ростов н/Д: РГЭУ "РИНХ", 2008.
13. Федорова Т.А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы, 2008, N 10
14. Страховой рынок 2008/2009: Пролетая над пропастью, -М., Эксперт РА, 2009.
15. Платонова Н.С. ДМС как альтернатива "бесплатной" медицинской помощи // Организация продаж страховых продуктов, 2008, N 4.
16. Спрос на платные медицинские услуги, -М., Агентство "Медиа Навигатор", 2008.
17. Шишкин С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения.
18. Гришин В.В. Концепция развития системы медицинских накопительных счетов // Независимая газета от 29 января 2008 г.
19. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / Под ред. Солтман Р.Б., Буссе Р., Моссиалос Э. / Пер. с англ. М., 2002.
20. Мохов А.А., Мелихов А.В. Деятельность по оказанию медицинских услуг // Медицинское право, 2006, N 2.
21. Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 годы, - М., Издательский дом ГУ-ВШЭ, 2008.

# Приложение

Поступление и расходование средств федерального фонда обязательного медицинского страхования (миллионов рублей; 1995 г. - млрд. руб.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
| Остаток средств на начало года | 14 | 27 | 42 | 25 | 33 | 21 | 73 | 11570 | 17687 |
| Поступление | 512 | 2887 | 3988 | 5089 | 5795 | 6813 | 83003 | 125524 | 157817 |
| в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| налоги, страховые взносы | 507 | 2818 | 3966 | 5058 | 5771 | 6784 | 31708 | 55772 | 71809 |
| от вклада на депозит и прочих финансовых вложений | 5 | 16 | 21 | 29 | 22 | 1 | - | - | - |
| возврат ранее размещенных средств | 0,0 | 12 | - | - | - | - | - | - | - |
| штрафы, пени, прочие санкции | - | 41 | 0,1 | - | - | - | 0,1 | - | - |
| из федерального бюджета | - | - | - | - | - | - | 51292 | 69694 | 85847 |
| Расходование | 516 | 2872 | 4005 | 5081 | 5807 | 6762 | 71507 | 119407 | 158177 |
| в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| на финансирование целевых программ обязательного медицинского страхования и отдельных мероприятий по здравоохранению | 47 | 420 | 351 | 502 | 600 | 690 | 340 | 359 | - |
| субсидии бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение пилотного проекта в субъектах Российской Федерации, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения | - | - | - | - | - | - | - | - | 2083 |
| на субсидии на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС | 397 | 2352 | 3562 | 4481 | 5095 | 5972 | 29266 | 38133 | 41823102972) |
| на субсидии бюджетам территориальных фондов ОМС на обязательное медицинское страхование неработающего населения (детей) | - | - | - | - | - | - | 4750 | 3210 | 3403 |
| субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС на денежные выплаты участковым терапевтам, участковым педиатрам, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам соответствующих врачей | - | - | - | - | - | - | - | 14624 | 14964 |
| субсидии бюджетам территориальных фондов ОМС на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан | - | - | - | - | - | - | - | 1607 | 2529 |
| субсидии бюджетам территориальных фондов на дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам в рамках территориальной программы ОМС | - | - | - | - | - | - | - | 4349 | 619 |
| на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по обеспечению лекарственными средствами | - | - | - | - | - | - | 37004 | 40421 | 66902 |
| средства, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оказание работающим гражданам первичной медико-санитарной помощи, оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни | - | - | - | - | - | - | - | 12934 | 15144 |
| на финансирование расходов по науке и научному обслуживанию | - | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 |
| на финансирование расходов по образованию | - | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 8 | 8 | 8 |
| на финансирование исполнительной дирекции Фонда | 11 | 34 | 39 | 40 | 52 | 47 | 82 | 118 | 142 |
| на финансирование расходов по созданию и совершенствованию информационной системы Фонда | 26 | 38 | 40 | 39 | 40 | 40 | 46 | 34 | 68 |
| платежи в бюджет | - | - | 0,04 | - | 5 | 2 | - | - | - |
| финансовые вложения | 25 | - | - | - | - | - | - | - | - |