

УДК: 614.2.338:46

Бобрович В.В., Богатова И.В., Шильникова Н.Ф

**СОСТОЯНИЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ***ФБГОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита*

**Резюме.** В статье рассмотрены некоторые результаты экспертной оценки территориальной системы здравоохранения. Проведен анализ финансового наполнения Территориальной программы государственных гарантий за пятилетний период.

**Ключевые слова:** финансирование, территориальная программа обязательного медицинского страхования, здравоохранение.

*Bobrovich V.V., Bogatova I.V., Shilnikova N.F***CONDITION OF FINANCIAL MAINTENANCE OF THE TERRITORIAL PROGRAM OF HEALTHCARE**

**Summary.** In article some results of an expert assessment of territorial system of healthcare are considered. The analysis of financial filling of the Territorial program of the state guarantees for the five years' period is lead.

**Keywords:** financing, the territorial program of compulsory health insurance, health care.

**Введение.** Постоянный рост расходов на здравоохранение при лимитированных экономических возможностях определяет интерес к поиску показателей, позволяющих объективно оценивать эффективность системы здравоохранения [2].

Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) установлено, что ожидаемая продолжительность жизни напрямую зависит от доли выделяемых средств на здравоохранение и их распределения. ВОЗ выделила 4 критерия оценки финансового потенциала системы здравоохранения [1]:

1. доля общих расходов на здравоохранение от валового внутреннего продукта;
2. объем государственных расходов на здравоохранение в ВВП;
3. доля государственных расходов на здравоохранение от общих государственных расходов;
4. размер общих расходов на здравоохранение на душу населения.

По результатам оценки соответствия показателя общих расходов на душу населения в РФ, выявлено, что на одного россиянина расходуется 797 \$ США. В то же время, это в три раза меньше, чем в США и Италии; в 4,5 раза меньше, чем во Франции и Австрии.

Приведенные данные свидетельствуют, что финансирование системы здравоохранения в РФ по международным критериям и в сравнении со странами мира не достигает необходимого уровня. По приоритетности затрат на систему здравоохранения РФ находится на одной ступени с развивающимися странами. Несмотря на рост ВВП и общего благосостояния страны, затраты на охрану здоровья остаются на крайне низком уровне.

Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития России до 2020 года решение проблем в сфере здравоохранения является одним из приоритетных. При этом, немаловажное значение в данном вопросе отводится совершенствованию механизмов финансового обеспечения отрасли. Для достижения поставленной задачи с января 2013 года в РФ в ходе реформирования здравоохранения внедрена новая модель финансового обеспечения сферы – одноканальная система финансирования.

Сущность одноканального финансирования заключается в слиянии финансовых потоков из разных источников – средства общего налогообложения и взносы на обязательное медицинское страхование (ОМС). Следовательно, большая часть ответственности по предоставлению населению медицинской помощи возлагается на систему ОМС. Основой данного вида финансового обеспечения отрасли выступает реализация принципа подушевого финансирования [4].

Таким образом, средства ОМС и часть бюджетных средств концентрируется в системе ОМС для последующего их направления в медицинские организации на одноканальной основе, причем оплата медицинской помощи реализуется по конечному результату в соответствии с комплексными показателями объема и качества оказанных услуг.

К основным задачам одноканальной системы финансирования можно отнести не только повышение качества и доступности медицинской помощи, а также создание конкурентного рынка медицинских услуг, усиление профилактической направленности и повышение эффективности использования ресурсов отрасли.

Согласно изменениям, внесенным в Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального РФ, Федеральный фонд ОМС и территориальные фонды ОМС», с первого января 2012 года весь размер обязательных страховых платежей на обязательное медицинское страхование (5,1%), аккумулируется в федеральном фонде ОМС (ФФОМС) с последующим перераспределением в Территориальные фонды ОМС (ТФОМС) для обеспечения выравнивания тарифов по ОМС. Благодаря этому планируется достичь сбалансированности финансовых ресурсов и эффективности реализации базовой программы ОМС в субъектах РФ. При этом, за счет средств системы ОМС финансируется оказание населению первичной медико-санитарной, скорой, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи [4].

Созданный механизм сбалансированности финансового наполнения базовой программы ОМС позволяет в конечном итоге обеспечить возмещение медицинским организациям затрат, понесенных ими при оказании медицинской помощи.

**Цель исследования:** оценить финансовое обеспечение территориальной системы здравоохранения на примере Забайкальского края.

**Материалы и методы.** Изучение мнения организаторов здравоохранения, участников III-го Съезда Региональной общественной организации «Забайкальское общество организаторов здравоохранения». Данные формы статистической отчетности № 62 «Сведения об оказании и ресурсном обеспечении медицинской помощи населению» на территории Забайкальского края в период 2011-2015 гг.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Обобщением обсуждаемых вопросов стали Резолюция конференции и результаты анкетирования 145 участников Съезда. Изучение мнения участников Съезда можно признать в качестве экспертной оценки территориальной системы здравоохранения, поскольку состав делегатов был представлен специалистами - организаторами здравоохранения, имеющих опыт, стаж работы и квалификационную категорию по специальности (высшая категория обозначена у 63% участников, при среднем стаже работы в качестве организатора здравоохранения 11,8 лет; специалисты первой квалификационной категории составили 11% опрошенных, второй – 14% и без квалификационной категории – 12%).

Перечень включенных в анкету вопросов позволил провести оценку структурных компонентов системы организации медицинской помощи на территории Забайкальского края, основных направлений совершенствования регионального здравоохранения. Кроме того, организаторам здравоохранения было предложено представить пути решения существующих проблем в блоке открытых вариант ответов.

Организаторами здравоохранения рассмотрены причины недоплаты медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий. В результате опроса получены следующие результаты:

1. низкий уровень государственного финансирования - 85% респондентов, в том числе за счет бюджетных ассигнований территориального бюджета - 58,3% респондентов;
2. несбалансированность ТППГ по объемам медицинской помощи, формирование подушевого норматива без учета возрастно-половой структуры населения - 33,3% респондентов;
3. несоответствие финансового возмещения по тарифу объему фактических затрат при оказании медицинской помощи - 8,3% респондентов;

4. высокие расходные обязательства территориального бюджета по финансовому обеспечению страховых взносов на неработающее население - 9,4% респондентов;
5. общие социально-экономические проблемы региона - 2,7% респондентов;
6. отсутствие единых подходов к управлению региональным здравоохранением – 1,4%;
7. большой объем финансовых санкций к медицинским организациям со стороны СМО – 1,4%.

Следует отметить, что 5,5% респондентов считают, что дефицита финансирования по видам медицинской помощи в рамках ТППГ не существует.

Как правило, оценка экономических показателей системы здравоохранения профессиональным сообществом относительно субъективна и нуждается в подтверждении результатами объективных исследований. С этой целью проведен анализ достаточности финансового наполнения ТППГ по Забайкальскому краю в динамике за пять лет.

Результаты исследования выявили, что ежегодно стоимость ТППГ увеличивается в среднем на 10%. При этом уровень фактического финансирования Программы существенно ниже нормативной расчетной потребности в течение всего анализируемого периода и составляет от 16 до 24% в разные годы (рис. 1, 2).

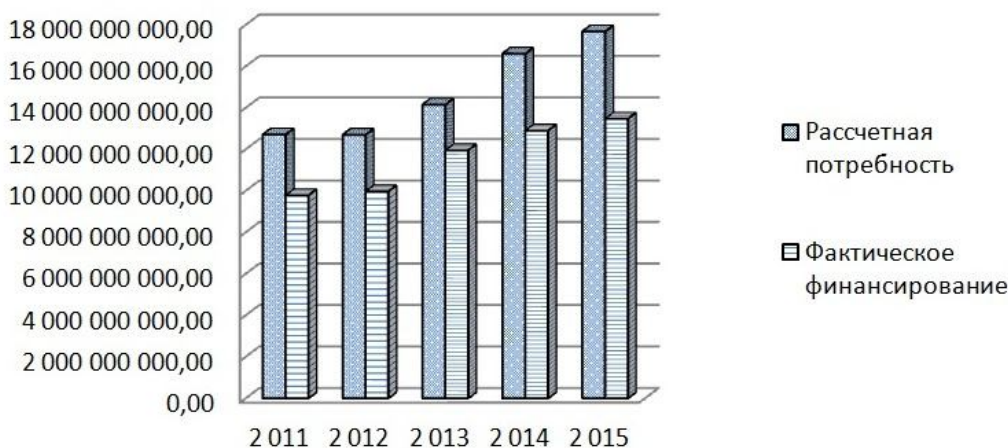


Рис. 1. Размер финансирования ТППГ в динамике за 5 лет

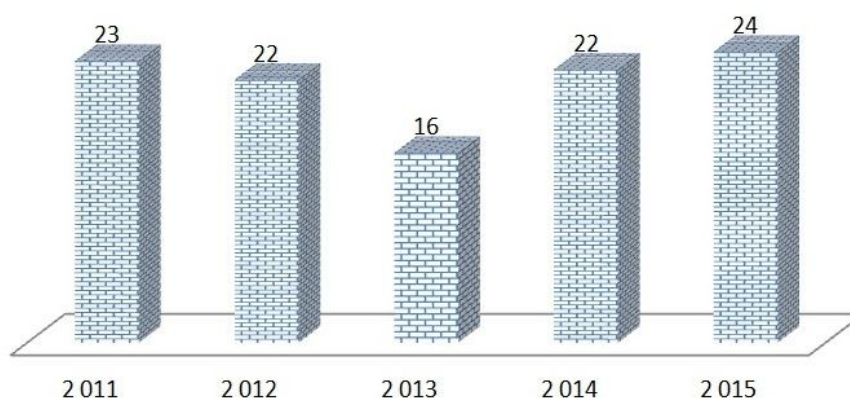


Рис. 2. Размер дефицита финансирования ТППГ в динамике за 5 лет

Анализ финансового наполнения ТППГ по источникам финансирования позволил выявить проблемные зоны и дать оценку достаточности ресурсов.

Ежегодный прирост объемов финансирования базовой программы ОМС в составе ТППГ составляет в среднем 30%. Не смотря на данный факт, в 2011, 2012, 2014 и 2015 годах сохраняется небольшой дефицит средств ОМС – около 6%. В 2013 году объем фактического финансирования программы ОМС превысил нормативную расчетную потребность на 10%.

Таким образом, можно говорить о достаточном финансовом наполнении базовой программы ОМС на территории (рис. 3,4).

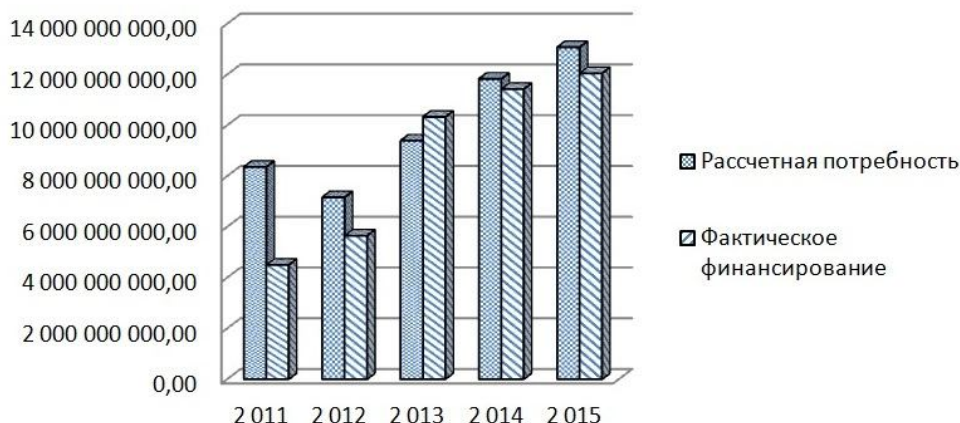


Рис. 3. Объемы финансирования базовой программы ОМС в составе ТПГ в динамике за 5 лет

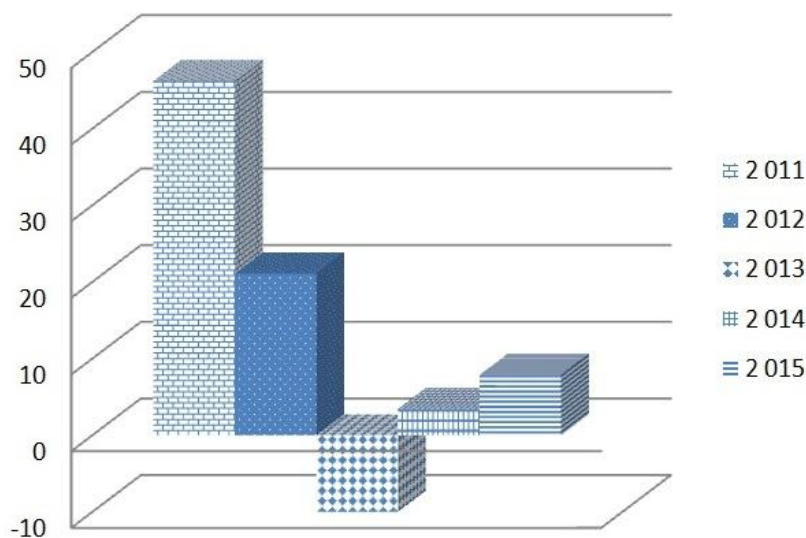


Рис. 4. Размер дефицита финансирования базовой программы ОМС в составе ТПГ в динамике за 5 лет

Проблемной зоной в финансировании региональной программы здравоохранения является бюджетный сектор. На протяжении всего пятилетнего периода ежегодно отмечается снижение фактических объемов финансирования в среднем на 12%. Таким образом, за анализируемый период с 2011 по 2015 гг. дефицит бюджетных средств возрос с 43% до 69% (Рис. 5,6).

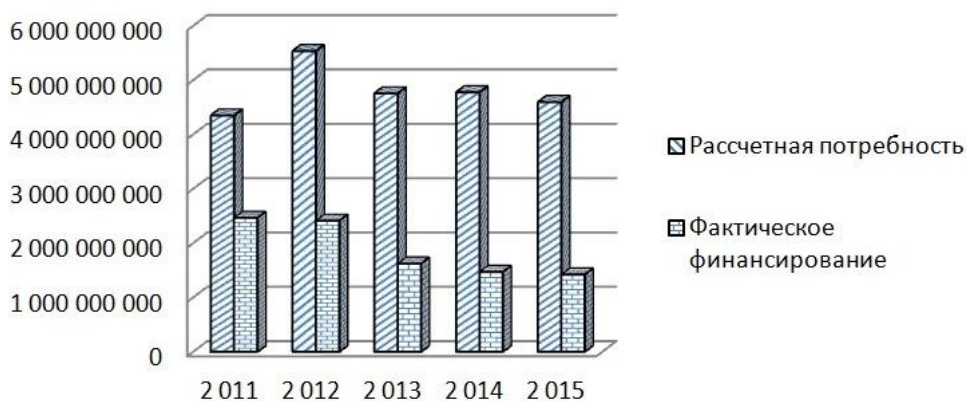


Рис. 5. Объемы финансирования ТПГГ из средств бюджета в динамике за 5 лет

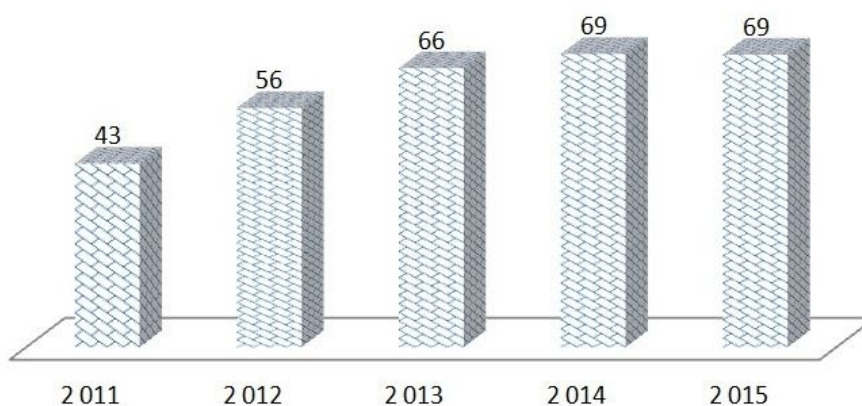


Рис. 6. Размер дефицита финансирования ТПГГ за счет средств бюджета в динамике за 5 лет

Интегрируя итоги экспертной оценки со стороны профессионального сообщества и результаты объективного исследования можно было бы с достоверной вероятностью говорить о дефиците Территориальной программы государственных гарантий. Однако необходимо принимать во внимание финансовое наполнение Программы по источникам финансирования и объемам предоставляемых услуг. Основные объемы медицинской помощи в регионе оказываются в рамках базовой программы ОМС. В реализации объемов данных видов медицинской помощи участвует более половины медицинских организаций государственной формы собственности, а также клиник ведомственного и частного сектора. Проведенный анализ показал, что в этом сегменте проблемы финансирования минимальны при стабильной тенденции на протяжении нескольких лет. Можно говорить, что результаты исследования анализа отраслевого финансирования коррелируют с экспертной оценкой организаторов здравоохранения о сохраняющемся дефиците финансовых средств территориального бюджета ( $58\% \pm 2,4$  респондентов).

#### Выводы:

1. Изучение мнения участников III Съезда Региональной общественной организации «Забайкальское общество организаторов здравоохранения» представлено экспертной оценкой региональной системы здравоохранения по проблемам финансового обеспечения отрасли.
2. Проведенное исследование позволило оценить финансовое наполнение Территориальной программы государственных гарантий и выявить проблемные зоны, учитывая источники финансирования.

3. Достаточное финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования в регионе можно считать одним из результатов эффективности реализации одноканальной системы финансирования.

**Литература:**

1. Быстрова К.Е. Формирование единого страхового финансового механизма в системе медицинского обеспечения населения / К.Е. Быстрова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – № 9 (17). – 2012. – [Электронный ресурс]: [http:// www.sisp.nkras.ru](http://www.sisp.nkras.ru) (дата обращения: 12 декабря 2016).
2. Карякин Н.Н. Оценка эффективности системы здравоохранения субъектов Российской Федерации // Н.Н. Карякин, А.В. Кочубей, П.В. Мухин // Медицинский альманах . – № 5 (29). – 2013. С. 14-17.
3. Кораблев В.Н. Нормативное правовое обеспечение оценки эффективности системы здравоохранения и медицинских организаций / В.Н. Кораблев // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2015. – № 1. – [Электронный ресурс]: <http://www.fesmu.ru/voz/20151/2015103.aspx> (дата обращения: 12 декабря 2016).
4. Махнова Н.А. Модели управления финансовыми потоками в сфере здравоохранения и их особенности // Актуальные проблемы и перспективы развития государственного управления: сб. научных статей по материалам ежегодной международной научно-практической конференции от 23 ноября 2013 года / под ред. С.Е. Прокофьева, О.В. Паниной, С.Г. Ереминой. – М.: Юстицинформ, 2014. – С. 445–452.