

Финансирование здравоохранения

Финансы

Финансы – это денежные средства, а также отношения, возникающие в связи с получением, хранением, накоплением, передачей, распределением, обменом, предоставлением в долг денежных средств, превращением их из одной формы в другую.

Финансовый ресурс

Финансовый ресурс – денежные средства, формируемые в результате экономической и финансовой деятельности, в процессе создания и распределения валового внутреннего продукта, аккумулируемые государством и субъектами хозяйствования в целях последующего использования для обеспечения экономических процессов.

Финансирование в здравоохранении

Финансирование – предоставление финансовых ресурсов экономическим субъектам – отраслям и сферам хозяйства страны, регионам, предприятиям, предпринимателям, населению и его отдельным группам, а также целевое выделение таких средств для осуществления программ или экономических и социальных мероприятий.

Источники финансирования здравоохранения

Внешние источники:

- 1) Различные уровни бюджета,
- 2) Средства ОМС,
- 3) Средства ДМС,
- 4) Средства благотворительных фондов,
- 5) Кредиты, ссуды, лизинг, факторинг (продажа или переуступка долгов)

Внутренние источники (самофинансирование):

- 1) Доходы от платных медицинских услуг ЛПУ,
- 2) Экономия внутренних финансовых средств ЛПУ,
- 3) Доходы от аренды помещений ЛПУ

Социально-экономические модели социальной политики

Бисмарковская модель - страховая



ОТТО ФОН БИСМАРК
(1815-1898),
канцлер Германии

- Жесткая связь социальных выплат с длительностью и результативностью профессиональной деятельности.
- Работники в течение всего трудового периода выплачивают определенные суммы (страховые взносы) в страховые кассы. Размер страховых взносов определяется при заключении коллективных договоров нанимателей с наемными работниками.
- Управление страховыми фондами осуществляется на паритетных началах.
- Социальные выплаты осуществляют правления касс. Они же несут ответственность за сохранение денежных средств.
- Малообеспеченные семьи получают социальную помощь по муниципальной линии.

Социально-экономические модели социальной политики

Бевериджская модель – национальная



Уильям Генри
БЕВЕРИДЖ
(1879-1963),
английский
экономист

- Человек, независимо от его принадлежности к активному населению, имеет право на минимальную социальную защищенность.
- Страхование по болезни является всеобщим.
- Пенсионные системы обеспечивают минимальные доходы всем престарелым независимо от их прошлых усилий по отчислениям от заработной платы (так называемые "социальные" пенсии в отличие от "профессиональных").
- Системы социальной защиты финансируются через налоги из государственного бюджета.
- Преобладает принцип национальной солидарности.

Варианты моделей социального обеспечения

1. Социал-демократическая модель (Швеция, Финляндия, Дания, Норвегия)

Главной особенностью этой модели является **всеобщность (универсализация) социальной защиты населения**, как гарантированного права всех граждан, обеспеченного государством. Государство обеспечивает высокий уровень качества и общедоступность социальных услуг (в том числе бесплатное медицинское обслуживание, образование и т. п.). Социал-демократическая модель социальной политики основана на концепции **«солидарности»** (социальная защита – это дело всего общества, а не отдельно взятых индивидуумов) и **«социального гражданства»** (требование равенства в социальной защите выше либерального требования типа «пусть каждый сам заботится о своем благосостоянии и обеспечении»). Социальная политика финансируется государством из бюджетных средств (через систему налогообложения).

Варианты моделей социального обеспечения

2. Консервативная модель, континентальная европейская, институциональная (Германия, Франция, Австрия, Бельгия)

Центральные принцип модели – упор на рынок и принцип страхования, принцип достижений, где труд определяет последующее социальное обеспечение.

Для хорошо организованных рабочих в процветающих отраслях результат может быть очень высок.

Слои населения, которые не заняты постоянно или вообще не заняты, и поэтому они не имеют страховок, вынуждены рассчитывать на местные благотворительные органы и общественную помощь, обычно не очень большую.

Законы, впервые сформировавшие систему социального страхования (приняты в период правления Бисмарка):

1884 г. – Закон о страховании по болезни лиц промыслового труда

1885 г. – Закон о страховании от несчастных случаев на производстве

1891 г. – Закон об инвалидности и страховании по старости

Варианты моделей социального обеспечения

3. Либеральная (США, Великобритания, Ирландия)

Предусматривает социальное обеспечение остаточного типа, т.е. граждане должны быть способны существовать в обществе и без социального обеспечения.

Государство несет ограниченную, и, тем не менее, всеобщую ответственность за социальное обеспечение всех граждан.

Из-за остаточного характера финансирования реализация модели зависит от наличия большого объема добровольной и неформальной помощи

Варианты моделей социального обеспечения

4. Католическая

Принципы католической модели социальной политики даны в ряде "папских писем", изданных Ватиканом в течение XX столетия. Главным принципом является идея вспомогательности (ближайшая инстанция должна всегда пытаться решать возможные проблемы).

Уровни социальной помощи:

- Индивидуум
- Семья и родственники
- Местная община, включая церковь и гражданские организации, соседи, друзья, знакомые и т.д.
- Страховые организации и фонды
- Государство

В католической модели семья и прочие институты гражданского общества играют основную роль.

Варианты моделей социального обеспечения

5. Общеввропейская (страны Европейского союза)

Основой является принцип совмещения экономической эффективности и социальной солидарности. Упор делается на сбалансированное развитие социальной политики Европы, транспарентность и соблюдение интересов всех стран-членов ЕС.

Происходит процесс переориентации социальных программ с универсального уровня на индивидуальный, что значительно дешевле и эффективнее, так как адресная помощь предоставляется только действительно в ней нуждающимся

Варианты моделей социального обеспечения

6. Рудиментарная, или развивающаяся (страны Южной Европы)

В этих странах в последние десятилетия созданы или усовершенствованы системы общего социального обеспечения. Они включают в себя страхование на производстве и социальное страхование.

В целом уровень социального обеспечения в этих странах довольно низок. Здесь все ещё исходят из того, что социальная защита граждан во многом осуществляется через семью и частную благотворительность.

Базовые модели здравоохранения

1. Государственно-бюджетная,
финансируемая преимущественно (до 90%) из бюджетных источников (Англия, Дания, Ирландия, Португалия, Испания, с 1930-ых годов до недавнего времени была свойственна России).

2. Социально-страховая,
финансируемая за счет целевых взносов предпринимателей, трудящихся граждан и субсидий государства (Франция, Бельгия, Австрия, Япония, Германия).

3. Рыночная или частная
(США, Израиль, Ю.Корея)

Государственно-бюджетная модель

Финансирование: государственный бюджет

Медицинские организации: преимущественно, государственной формы собственности

Категории населения: все (общедоступность)

Управление здравоохранением: государственное, органы исполнительной власти

Медицинская помощь для населения: бесплатная

Экономическая эффективность: низкая

Использование принципов рыночной экономики: отсутствует

Социально-страховая модель

Финансирование: государственный бюджет, взносы работодателей, взносы работников. Система ОМС

Медицинские организации: государственной и частной формы собственности

Категории населения: все (общедоступность)

Управление здравоохранением: государственное, органы исполнительной власти

Медицинская помощь для населения: бесплатная (принцип «общественной солидарности») + платная («участие в издержках»)

Экономическая эффективность: высокая

Использование принципов рыночной экономики: да

Рыночная (частная) модель

Финансирование: средства пациента, ДМС

Медицинские организации: преимущественно, частной формы собственности

Категории населения: в соответствии с их платежеспособностью

Управление здравоохранением: государственное, автономное

Медицинская помощь для населения: платная. Для неимущих слоев предоставляется государством или благотворительными фондами

Экономическая эффективность: очень высокая

Использование принципов рыночной экономики: да

Классификация моделей здравоохранения (по Л.Н. Шолпо)

1. Универсалистская
2. Континентальная
3. Южная
4. Скандинавская
5. Преимущественно частная
6. Модель, используемая в
странах с переходной экономикой

I. Универсалистская модель

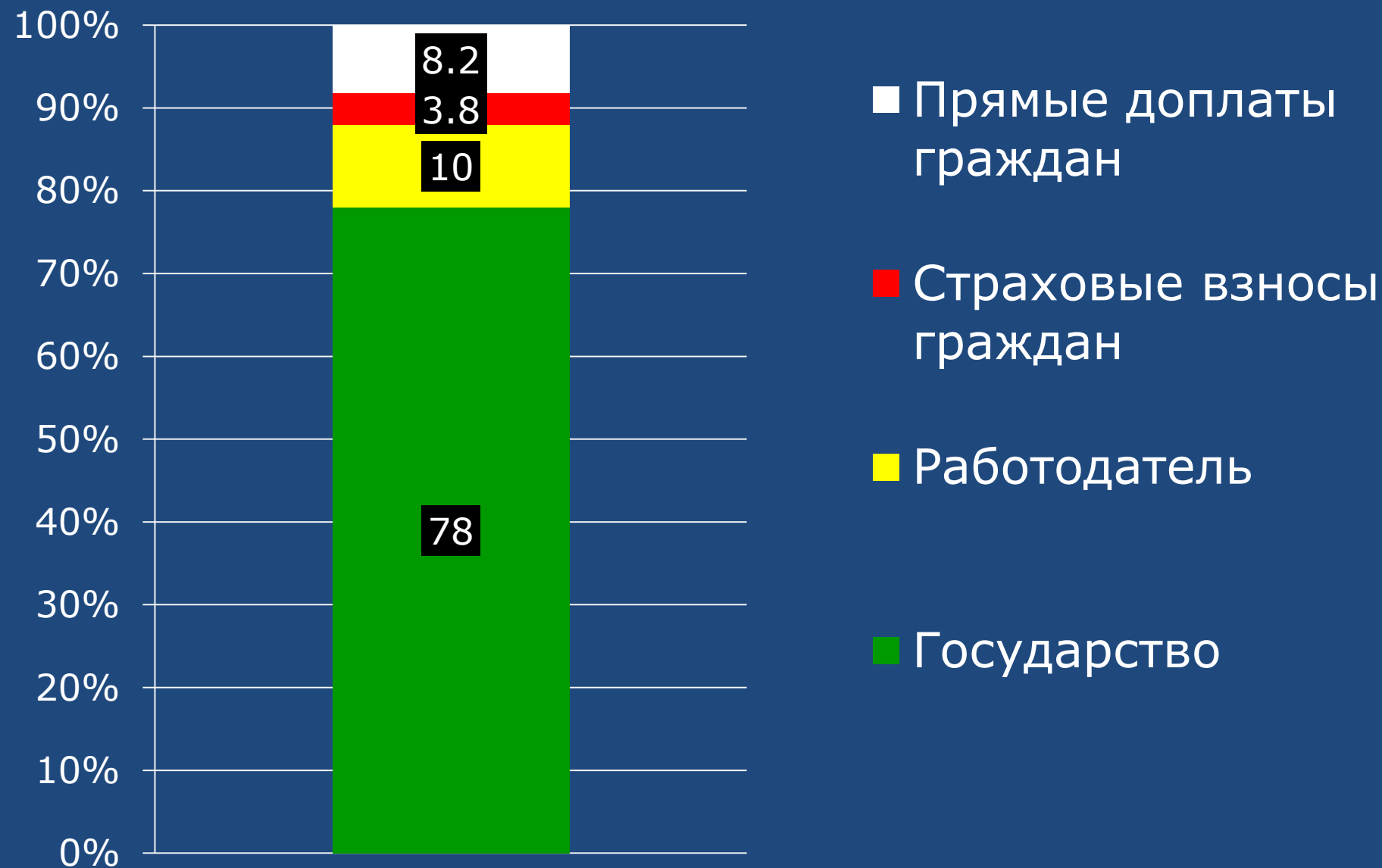
Англия, Ирландия

Национальная система здравоохранения, финансируемая в значительной части за счет **общего налогообложения**.

Медицинское обслуживание осуществляется в основном в **государственных медицинских учреждениях** (больницах) наемными служащими либо привлеченными по контракту работниками (первичная медицинская помощь, стоматология, фармацевты).

Приоритет **первичной медико-санитарной помощи**. Высокая доля врачей общей практики, оказывающей помощь значительной части населения

Структура финансирования в Англии



Преимущества универсалистской модели

- государственный характер финансирования здравоохранения;
- государственное регулирование региональных бюджетов здравоохранения путем перераспределения финансовых ресурсов из регионов с более высоким уровнем жизни в регионы с более низким уровнем жизни;
- относительно невысокие (в сравнении с другими экономически развитыми странами) затраты на здравоохранение обеспечивают высокие показатели состояния здоровья населения;
- дифференцированная система оплаты труда врачей общей практики в зависимости от численности и структуры населения обслуживаемой территории.

II. Континентальная модель

Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия

Финансирование осуществляется посредством **отчислений из фонда заработной платы** и из специальных **государственных фондов**, которые составляют примерно $\frac{3}{4}$ совокупных расходов на здравоохранение.

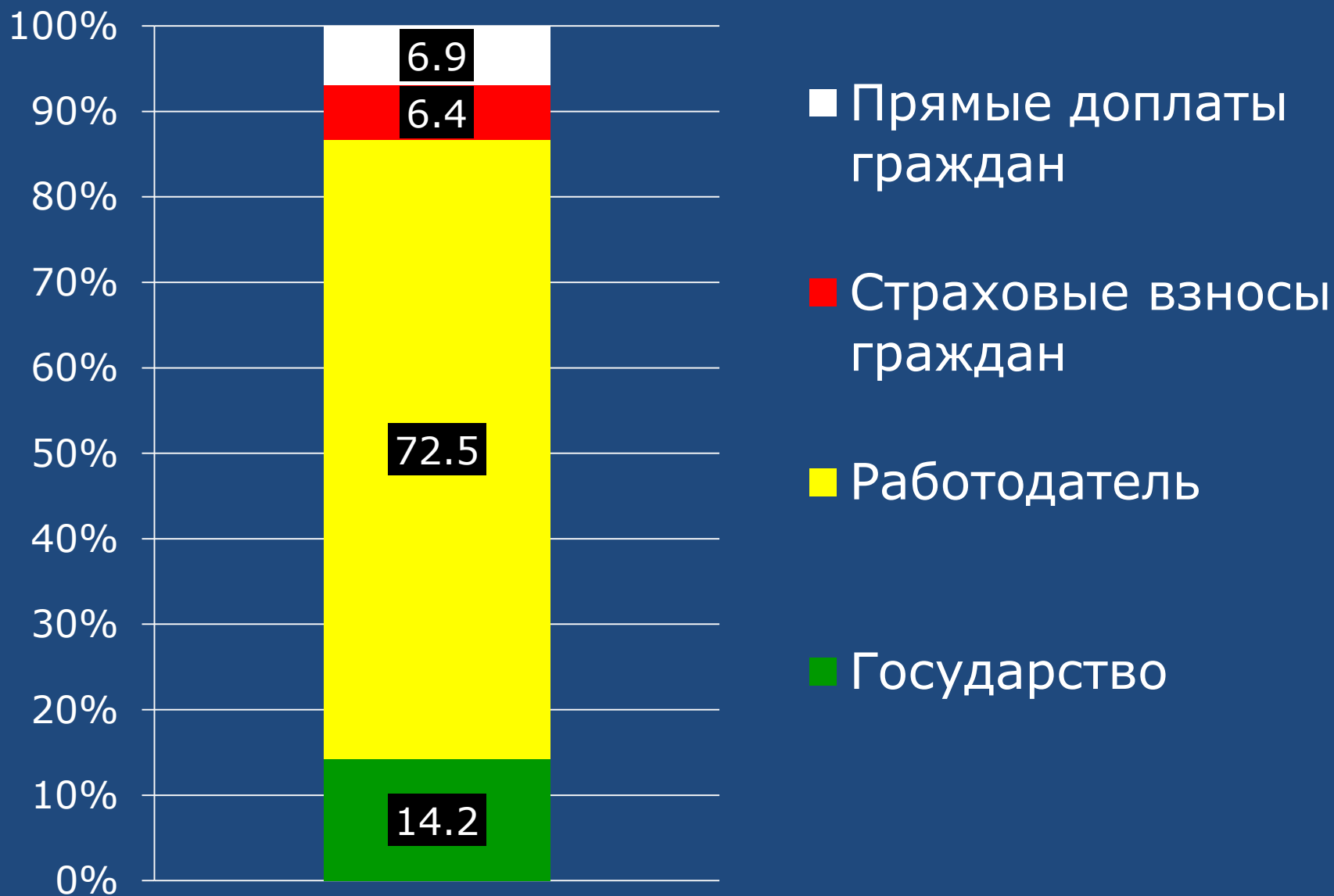
В Германии почти 1200 страховых больничных касс охватывают своей помощью 88% населения страны. В основном эти кассы финансируются за счет средств работающих и работодателей.

Принцип **солидарной оплаты** медицинской страховки.

Недостаток модели: требует **значительного бюрократического аппарата** для проведения весьма сложных расчетов с медицинскими организациями.

Континентальная модель может эффективно функционировать только в стране с **высоким уровнем национального дохода**.

Структура финансирования в Германии



Медицинское страхование в континентальной модели

Каждый гражданин имеет право получить медицинскую страховку, причем страховой взнос не может быть повышен вследствие плохого состояния здоровья пациента.

Ежемесячный страховой взнос составляет в среднем **12,8%** от фонда оплаты труда. Этот взнос выплачивается равными долями **работающими и работодателями**. Страховые взносы за пенсионеров вносятся пенсионным страхованием и самими пенсионерами. Страхование безработных осуществляется федеративным ведомством по трудоустройству.

Каждый застрахованный, а также члены его семьи имеют **возможность выбирать** лечащего врача и получать необходимую медицинскую помощь, включая амбулаторное и стационарное лечение, лекарственные средства и т.д.

Главный принцип континентальной модели:

Здоровье – это капитал!

III. Южная модель

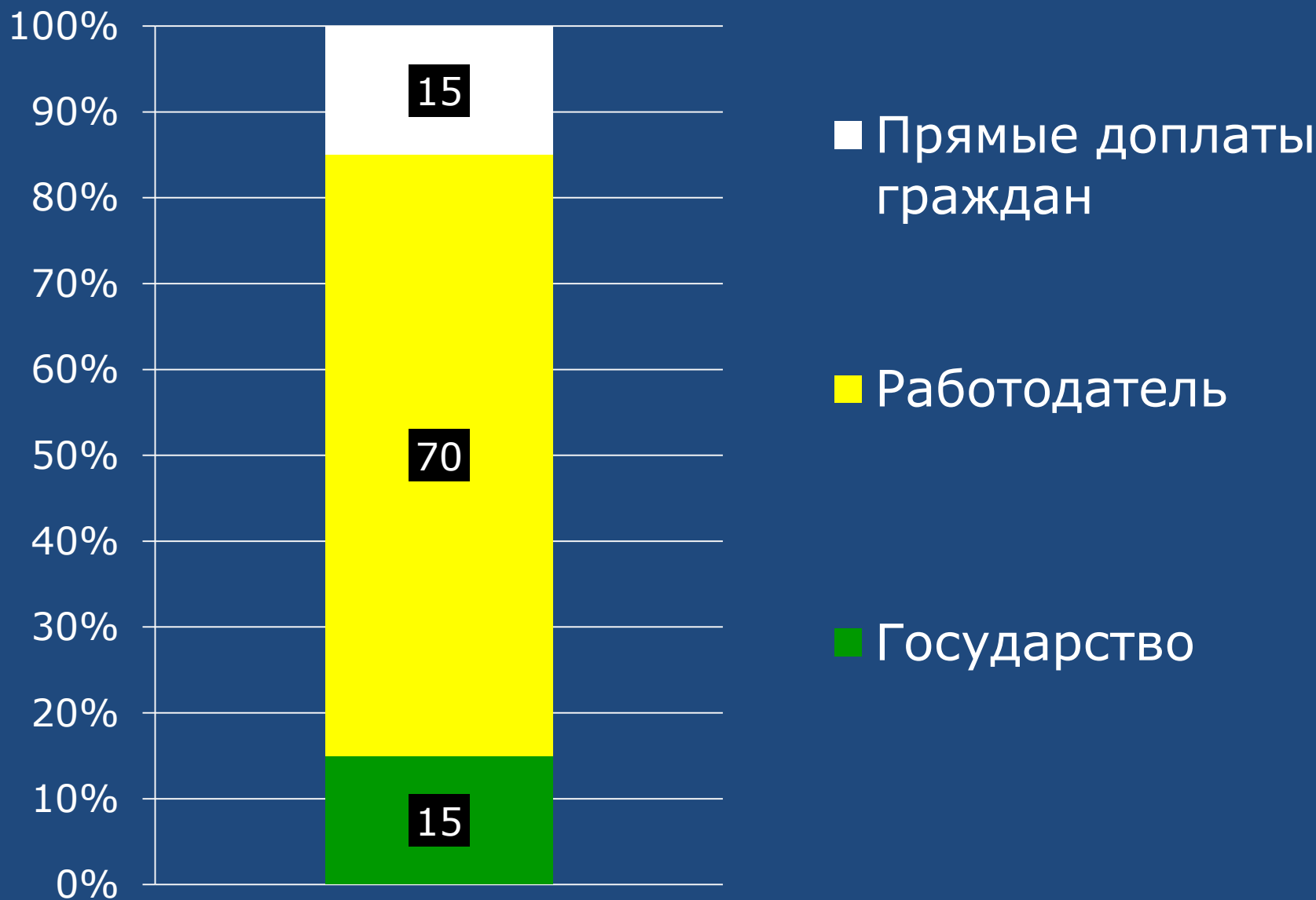
Испания, Греция, Португалия

Финансирование системы здравоохранения осуществляется в значительной степени за счет **средств, связанных с занятостью**.

Медицинское обслуживание осуществляется **государственными и частными** медицинскими учреждениями.

Принцип **всеобщей и равной доступности** медицинских услуг.

Структура финансирования в Испании



IV. Скандинавская модель

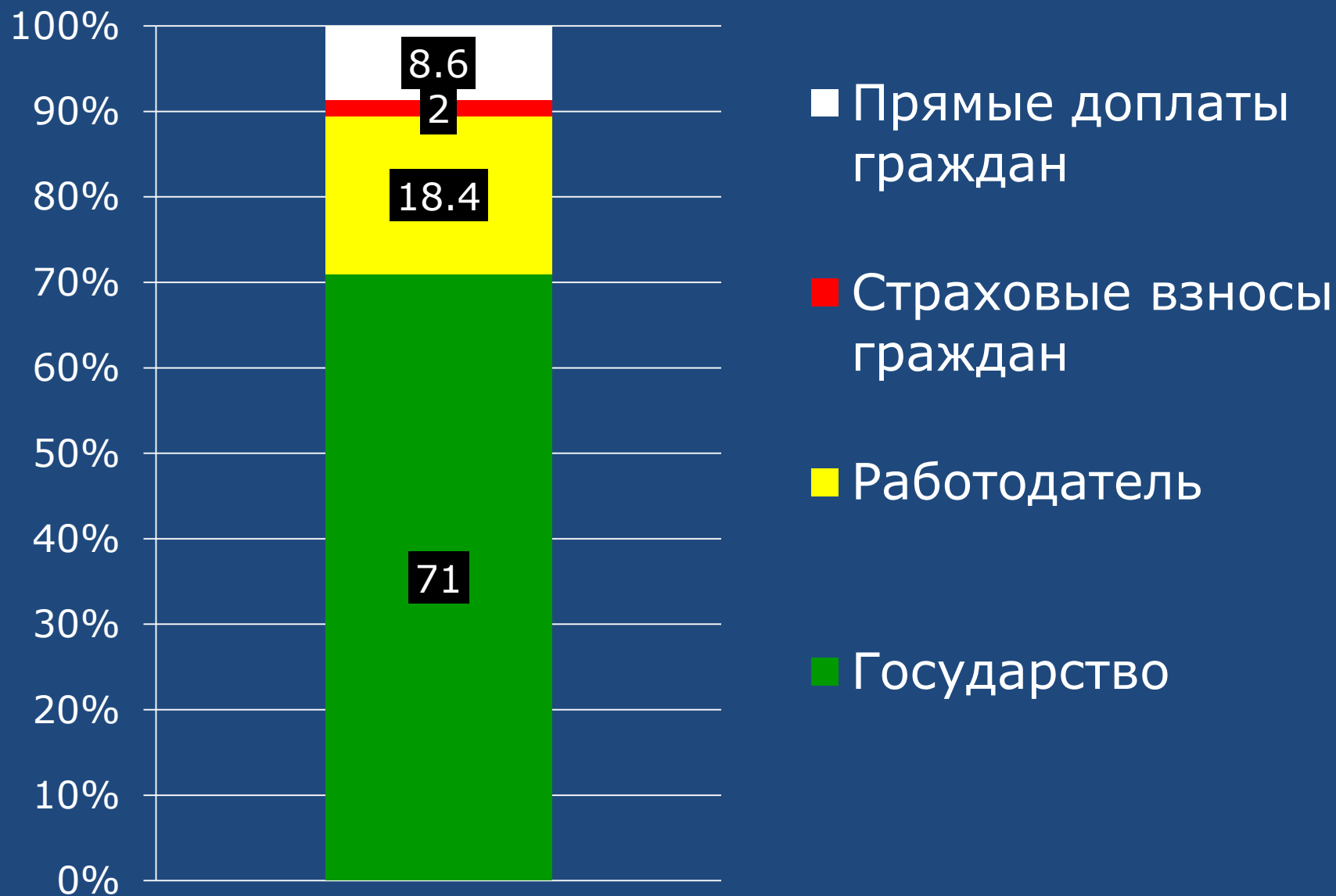
Швеция, Дания, Финляндия

Финансирование здравоохранения осуществляется в основном за счет **подоходного налога** (взимаемого как на национальном, так и на местном уровне), причем размер выплачиваемых пособий напрямую **зависит от заработка**.

Медицинские услуги оказываются как **государственными, так и частными** медицинскими организациями.

Доступность и высокое качество медицинского обслуживания, создание равных для всех предпосылок в сохранении здоровья.

Структура финансирования в Швеции



Особенности скандинавской модели здравоохранения

За доступность каждого жителя соответствующей области к медицинскому обслуживанию (бесплатному или частично оплачиваемому) отвечают областные Советы.

Данные Советы являются владельцами клиник, медицинских центров; они выступают в роли работодателей для большинства медицинских работников.

Значительную долю расходов на медицинскую помощь несет государство, однако около 10% услуг оплачивает само население. При покупке лекарств, назначенных врачом, медицинская страховка возвращает больному от 50 до 100% расходов.

Осуществляется национальное регулирование здравоохранения.

V. Преимущественно частная модель

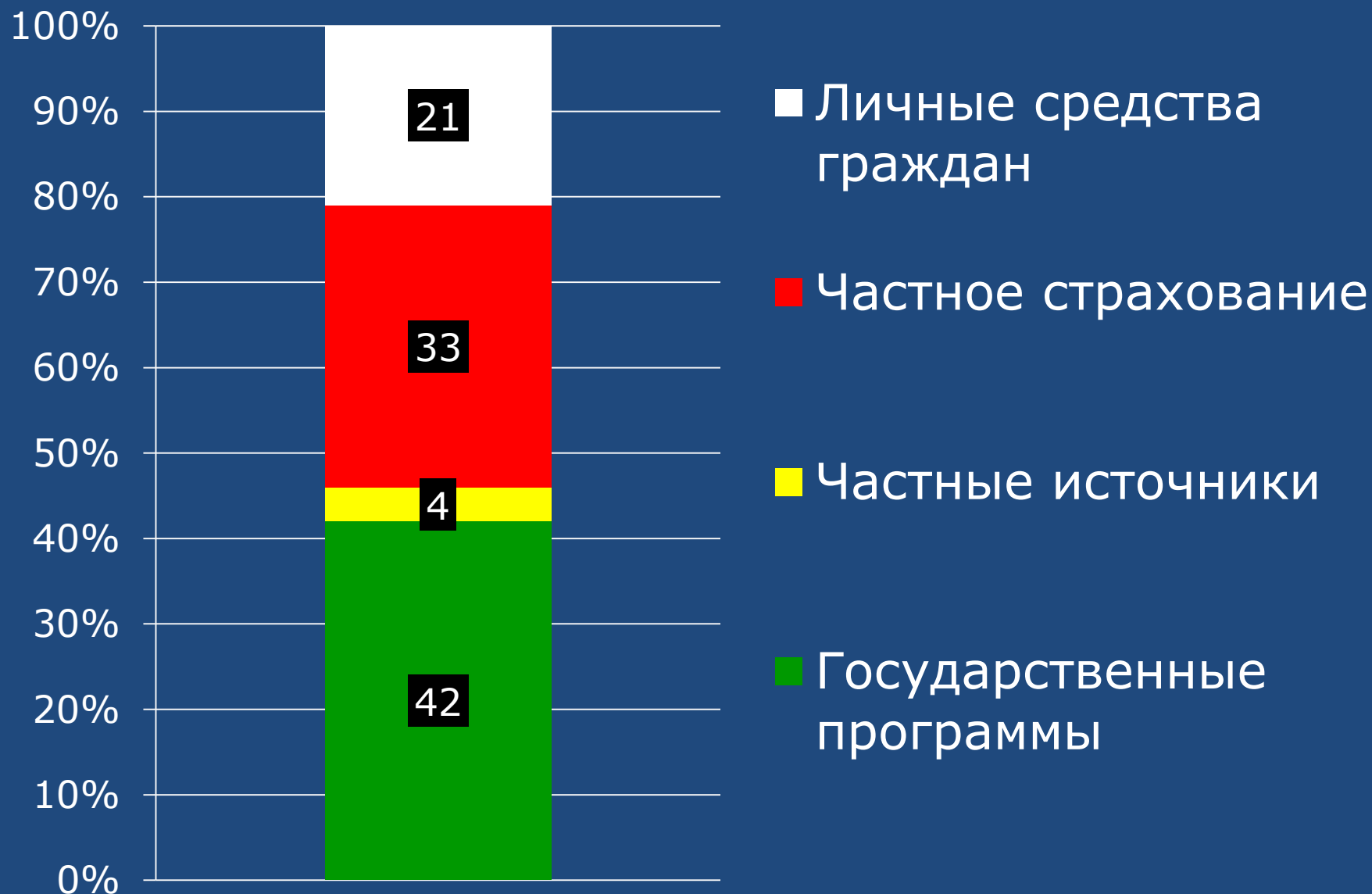
США

Финансирование здравоохранения осуществляется за счет **частных и, в значительно меньшей степени, государственных источников**, причем оказание медицинской помощи осуществляется **частными производителями медицинских услуг**.

Применяются два типа частного медицинского страхования: **индивидуальное и групповое**. В последнем случае предприниматель и все его сотрудники приобретают единый страховой полис.

Из федерального бюджета, бюджетов штатов, местных органов управления финансируются программы «**Медикер**» и «**Медикейд**».

Структура финансирования в США



Государственные программы в США

Программа «MediCare»

Предусматривает обязательное медицинское страхование **людей старше 65 лет** на случай **госпитализации**.

Вторая часть программы предполагает **дополнительное добровольное страхование**, по условиям которого государство покрывает 80% стоимости лечения, а остальные 20% оплачивают сами пациенты.

Программа «Medicaid»

Бесплатная медицинская помощь предоставляется **нуждающимся семьям с детьми, инвалидам**.

По программе «Медикейд» распределение между штатами федерального бюджета здравоохранения происходит в обратной пропорциональной зависимости от дохода на душу населения в штате.

VI. Модель, используемая в странах с переходной экономикой

Россия, страны Восточной Европы, СНГ

Переход от полностью государственной системы финансирования здравоохранения к бюджетно-страховой модели, в которой медицинское страхование сочетается с бюджетным и платным здравоохранением.

Концепцией реформирования здравоохранения в России предусматривается переход к чисто страховой модели с расширением добровольного (частного) медицинского страхования.

Структура источников финансирования здравоохранения в России

Основным источником финансирования здравоохранения в РФ является бюджетное финансирование, которое в 2013 составило 3,7% от ВВП, а к 2015 снизится до 2,5% от ВВП...
...однако альтернативные источники растут быстрее

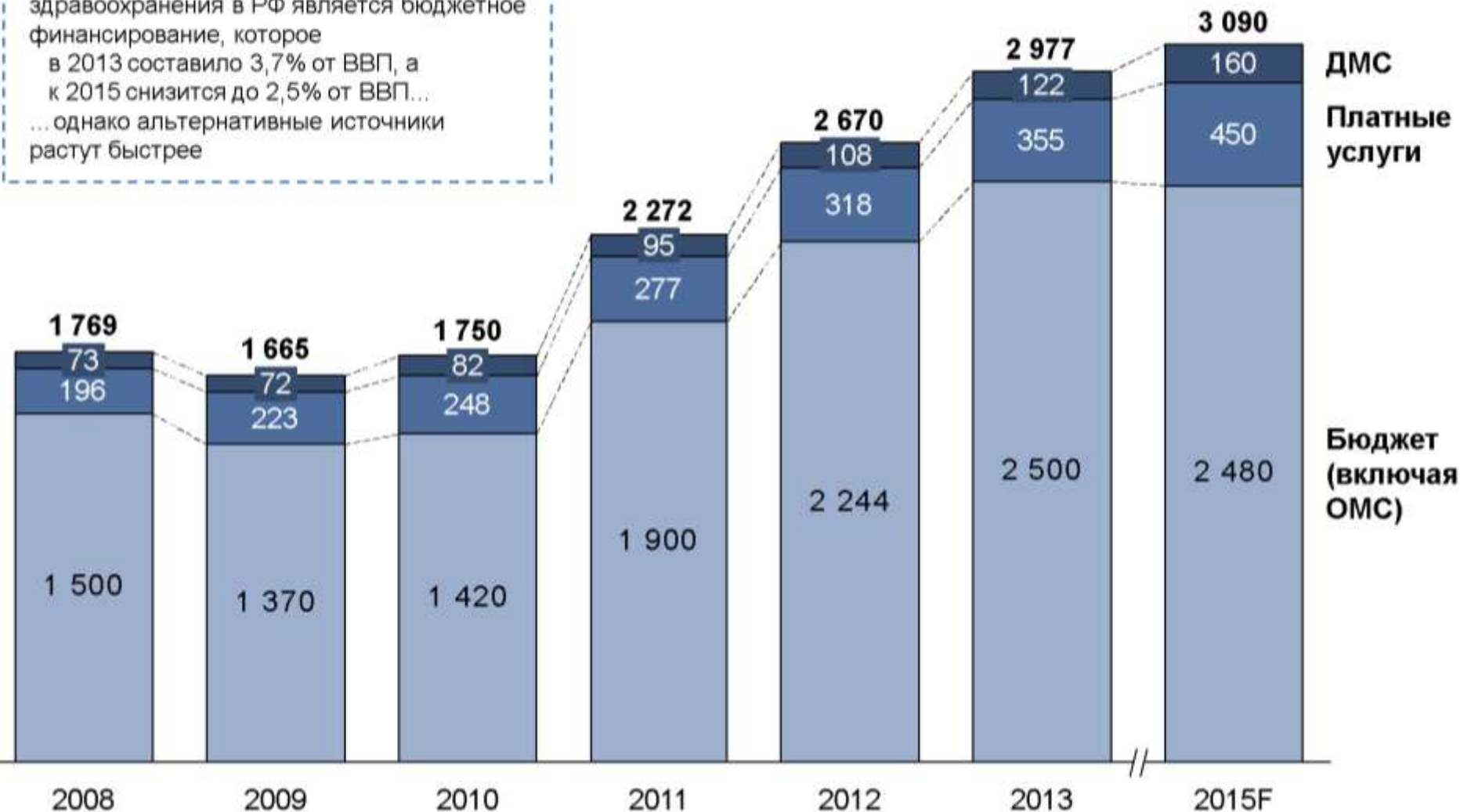
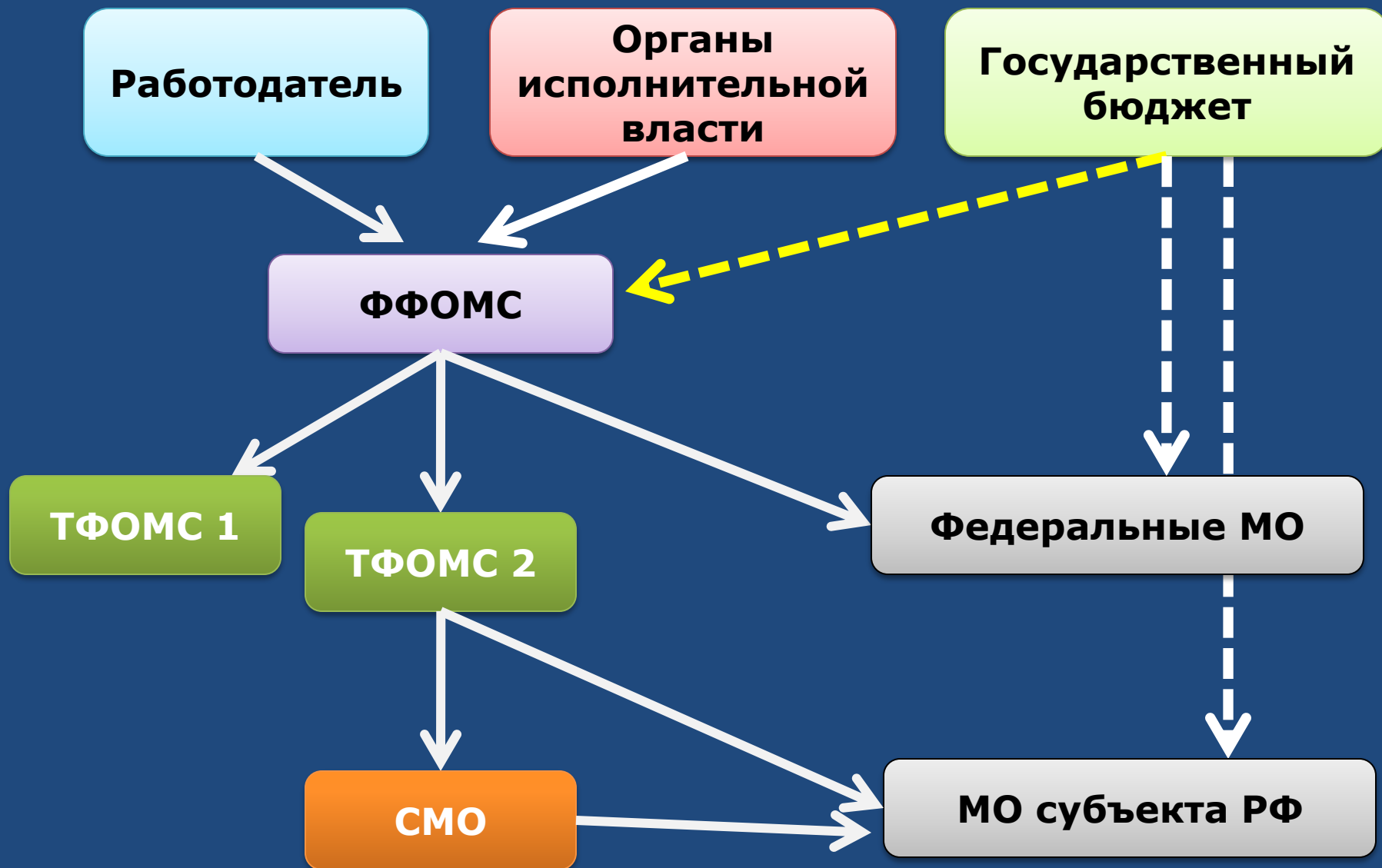


Схема финансирования здравоохранения в России



Средства обязательного медицинского страхования формируются за счет:

1) доходов от уплаты:

- а) страховых взносов на обязательное медицинское страхование;
- б) недоимок по взносам, налоговым платежам;
- в) начисленных пеней и штрафов;

2) средств федерального бюджета, передаваемых в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами, в части компенсации выпадающих доходов в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

3) средств бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемых в бюджеты территориальных фондов в соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации;

4) доходов от размещения временно свободных средств;

5) иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Формирование средств обязательного медицинского страхования

Размер страховых взносов страхователя
за работающее население – **5,1%** от
фонда оплаты труда.

(В ПФ РФ – 22%, в ФСС – 2,9%).

Эти деньги поступают в распоряжение
ФФОМС.

Базовая программа ОМС

Определяет виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации за счет средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

В базовой программе ОМС устанавливаются требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения базовой программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, а также расчет коэффициента удорожания базовой программы ОМС.

В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь

Структура тарифа на оплату медпомощи

1. расходы на заработную плату,
2. начисления на оплату труда,
3. прочие выплаты,
4. приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов,
5. расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях, организации питания,
6. расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества,
7. расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг,
8. социальное обеспечение работников медицинских организаций,
9. прочие расходы,
10. расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу

Территориальная программа ОМС

Включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи, перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи, финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, а также в случае установления дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания мед. помощи.

Дополнительное финансовое обеспечение территориальной программы ОМС осуществляется за счет платежей субъектов Российской Федерации, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта РФ.

Программа государственных гарантий

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи – принимается ежегодно и является мерой социальной защиты населения в области охраны здоровья, направленной на обеспечение доступности медицинской и лекарственной помощи установленного вида, ее объема и качества для всего населения

Виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно

- 1) Первичная медико-санитарная помощь, включая неотложную помощь
- 2) Скорая медицинская помощь, в том числе специализированная (санитарно-авиационная)
- 3) Специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь

При оказании медицинской помощи осуществляется обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами, включенными в формулярный список

Платные услуги в здравоохранении

Платные медицинские услуги - медицинские услуги и услуги медицинского сервиса, оказываемые учреждениями пациентам за счет личных средств граждан, организаций, средств добровольного медицинского страхования и иных источников, предусмотренных законодательством.

Услуги медицинского сервиса – услуги пациентам, выполняемые в учреждении в процессе оказания медицинской помощи, но не относящиеся к медицинской помощи.

Виды медицинских услуг и работ, подлежащих предоставлению гражданам за плату

- услуги в рамках профилактических, предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотров;
- медицинские осмотры, проводимые для получения водительских прав, на право приобретения и хранения огнестрельного оружия;
- медицинская помощь при сексуальных расстройствах;
- зубное протезирование;
- ортодонтия (за исключением лиц, не достигших 18 лет);
- косметологические услуги;
- проведение профилактических прививок по желанию граждан;
- ранняя диагностика беременности, кроме обследования при диагностике неотложных состояний;
- судебно-медицинские исследования и освидетельствования по гражданским делам и делам об административных правонарушениях, кроме проводимых в порядке служебного задания;
- купирование запоев по инициативе граждан, больных хроническим алкоголизмом, в состоянии легкой и средней степени алкогольной интоксикации;
- медицинские услуги, предоставляемые анонимно;
- медицинское обеспечение спортивных и культурно-массовых мероприятий;
- организация индивидуального медицинского поста;
- временное пребывание хронических больных в стадии ремиссии в медицинских учреждениях с целью обеспечения ухода за ними;
- услуги медицинского сервиса и немедицинские услуги (дополнительные сервисные услуги)

Оказание платных услуг в ЛПУ

- Медицинские учреждения обязаны обеспечивать соответствие предоставляемых платных медицинских услуг населению требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- Медицинские учреждения обязаны вести статистический и бухгалтерский учет результатов предоставляемых платных медицинских услуг населению, составлять требуемую отчетность и представлять ее в порядке и сроки, установленные законами и иными правовыми актами Российской Федерации.
- Предоставление платных медицинских услуг оформляется договором, которым регламентируются условия и сроки их получения, порядок расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!