

Перспективы развития системы финансирования здравоохранения: назад в будущее?

О.В.Обухова, зав. отделением экономики и ресурсного обеспечения
здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

И.Н.Базарова, научный сотрудник отделения экономики и ресурсного
обеспечения здравоохранения ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

14 ноября 2019

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Одноканальная модель финансирования через фонд обязательного медицинского страхования, единые принципы сбора и распределения финансовых средств
- Полный тариф, включающий все статьи расходов медицинской организации
- Внедрение принципа оплаты медицинской помощи «деньги следуют за пациентом»
- Конкуренция между медицинскими организациями
- Эффективные способы оплаты медицинской помощи: подушевой принцип, оплата за законченный случай (КСГ)
- Новая система оплаты труда, переход на «эффективный контракт»

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Одноканальная модель финансирования через фонд обязательного медицинского страхования, единые принципы сбора и распределения финансовых средств - **сокращение/ликвидация дефицита территориальных программ государственных гарантий**
- Полный тариф, включающий все статьи расходов медицинской организации - **прозрачность управления МО финансовыми ресурсами**
- Внедрение принципа оплаты медицинской помощи «деньги следуют за пациентом» - **переход от содержания сети медицинских учреждений к оплате выполненных объемов медицинской помощи**
- Конкуренция между медицинскими организациями - **повышение доступности и качества оказания медицинской помощи**
- Эффективные способы оплаты медицинской помощи: подушевой принцип – **усиление профилактической деятельности на амбулаторном этапе**, оплата за законченный случай – **повышение эффективности работы стационаров**
- Новая система оплаты труда, переход на «эффективный контракт» - **достойный уровень заработной платы работников медицинских организаций зависит от выполненных показателей эффективности деятельности**

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Одноканальная модель финансирования через фонд обязательного медицинского страхования, единые принципы сбора и распределения финансовых средств - **сокращение/ликвидация дефицита территориальных программ государственных гарантий**

В Совете Федерации предлагают ликвидировать ФОМС

Систему обязательного медстрахования, существующую с 1993 года, сенаторы считают неподходящей в условиях кризиса

19 мая 2016, 00:01 [Роман Ковалев](#)

Драпеко предложила отказаться от ОМС и финансировать медицину напрямую

20 июня 2016

Обязательное медицинское страхование: нужно ли что-то менять?

22 июня 2016 в пресс-центре МИА «Россия Сегодня» состоялся круглый стол, посвященный обсуждению инициатив сенатора Сергея Калашникова об упразднении ОМС на тему: «Обязательное медицинское страхование: нужно ли что-то менять?»

Как сегодня в России действует программа оказания медицинской помощи? В чем ее сильные и слабые стороны? С какими проблемами сталкиваются российские медики, работающие в системе ОМС? Почему некоторые регионы в противовес заплатам на себя социальных обязательств по собственному усмотрению могут снизить уровень медицинской помощи населению? Кто занимается контролем за качеством медицинской помощи, если роль страховых компаний ограничивается выпиской рецептов и оплатой счетов медицинских учреждений? Что лучше: гарантировать социальную защищенность граждан государственным финансированием медицинской помощи или перейти к системе ОМС?

ОМС без социальной солидарности: пациенты «мешают работе», а труд врачей оказался «убыточен»

01.05.2016 49 1044

Владимир Гришин, Андрей Рогозин

«Советское поколение» помнит, как называлась реформа здравоохранения. В конце 80-х годов появились публикации и выступления об «остаточном» финансировании медицины и необходимости перехода от «бюджетной» модели Семашко к социальному страхованию, которое прибережет к бюджету только финансирование внебюджетных источников. Понимали, что из этого получится? (Таблица 1).

Школа клинициста

Новый подход к лечению хронической патологии печени

[Полный](#)

ВС РФ: страховая медицинская организация не вправе удерживать штрафы с денег, полученных от ТФОМС и перечисляемых на счет медорганизации для оплаты медпомощи

20 декабря 2019

Страховая медицинская организация не вправе осуществлять наложения на медорганизацию, на тех сумм, которые выданы ТФОМС в виде целевого финансирования подлежащей оплате этих средств на счет СМО не означает, что СМО стала их соавладельцем и вправе использовать эти средства по своему усмотрению. Это противоречит целям использования средств ОМС. Эта позиция Верховного Суда Российской Федерации в следующем споре ([Определение](#)).

СМО заключила соглашения со всеми медорганизациями, зачете взаимных однородных денежных требований. По этим денежным суммам в размере ранее наложенных штрафов с оплаты медпомощи.

Поражает тарифная сетка штрафов медучреждениям за нарушения, приведшие к смерти пациента. Штрафы, которые может наложить СМО на медорганизацию за дефекты в оказании медицинской помощи, не должны превышать 1% финансирования медучреждения в данный интервал времени. При этом 75–80% суммы штрафа возвращается государству, остальное поступает в доход страховой компании. Размеры штрафов разработаны и утверждены федеральным Минздравом.

Законодатель предлагает исключить страховщиков из системы ОМС

автор: [М. Мейланова](#), корреспондент ЭЖ

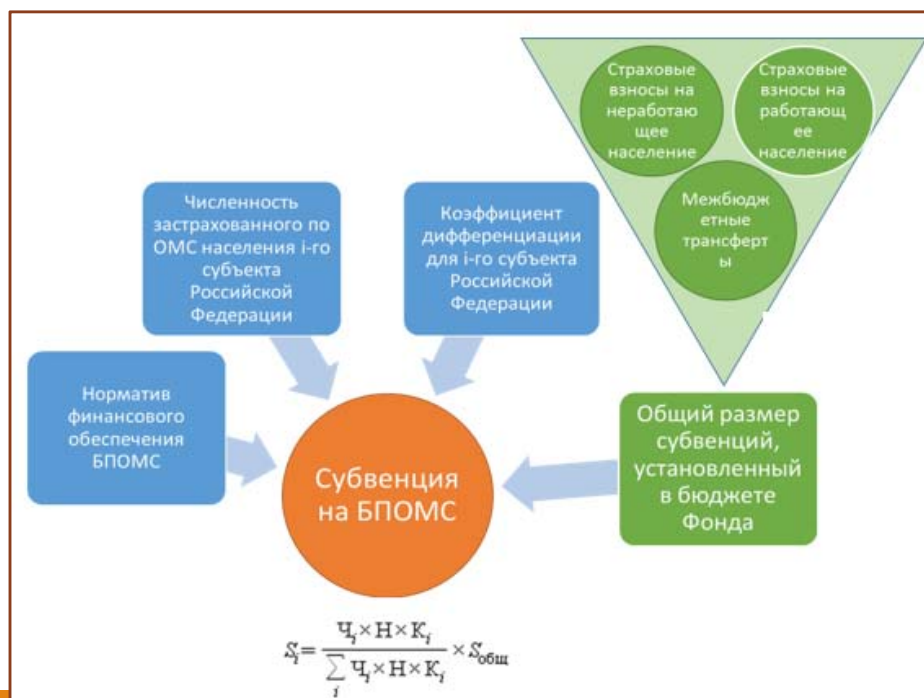
опубликовано: [«Экономика и жизнь»](#)

В Госдуму внесен **законопроект** с поправками к закону «Об обязательном медицинском страховании», которые выводят страховщиков из системы ОМС. Для реализации территориальной программы ОМС предполагается использовать определенные медицинские организации по утвержденному списку.

«Не может продавец защищать права потребителя, как и страховщик, даже и не настоящий, не может защищать интересы застрахованного, в частности, от самого себя», — указывает депутат, подчеркивая, что эту проблему страховщики ОМС не смогли решить за 20 с лишним лет, несмотря на наличие полномочий по защите прав застрахованных.

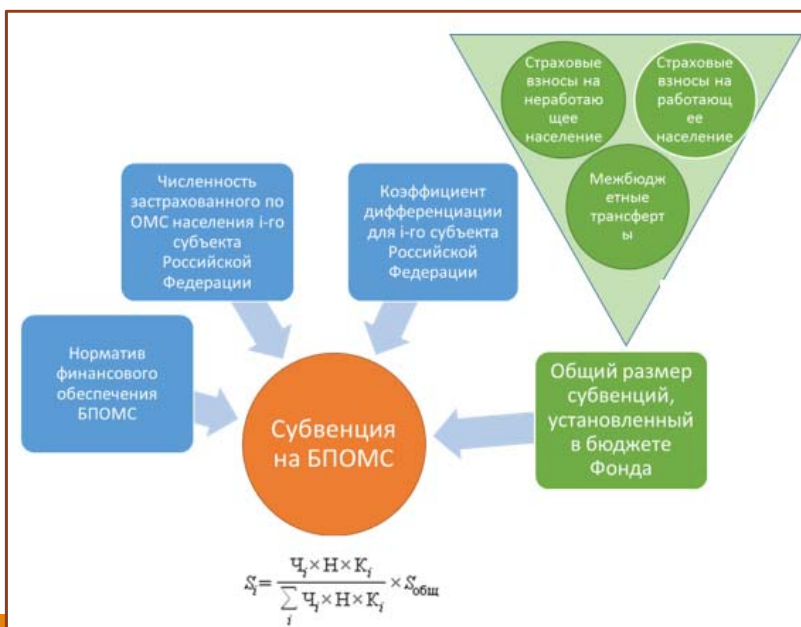
Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Единые принципы сбора и распределения финансовых средств – **сокращение/ликвидация дефицита территориальных программ государственных гарантий**



Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Единые принципы сбора и распределения финансовых средств - сокращение/ликвидация дефицита территориальных программ государственных гарантий
- При расчете средств на базовую программу ОМС в конкретной территории не учитываются данные о фактическом потреблении медицинской помощи населением



Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Полный тариф, включающий все статьи расходов медицинской организации - **прозрачность управления МО финансовыми ресурсами**

ВС РФ: страховая медицинская организация не вправе удерживать штрафы с денег, полученных от ТФОМС и перечисляемых на счет медорганизации для оплаты медпомощи

20 декабря 2018



Страховая медицинская организация не вправе осуществлять наложения на медорганизацию, из тех сумм, которые выданы ТФОМС в виде целевого финансирования подлежащей оплате средств на счет СМО не означает, что СМО стала их со-является целевым использованием средств ОМС. От по Российской Федерации в следующем споре [Определение](#)

СМО заключила соглашения со всеми медорганизациями зачете взаимных однородных денежных требований. По этденежные суммы в размере ранее наложенных штрафов соплату медпомощи.

Поражает тарифная сетка штрафов медучреждениям за нарушения, приведшие к смерти пациента. Штрафы, которые может наложить СМО на медорганизацию за дефекты в оказании медицинской помощи, не должны превышать 1% финансирования медучреждения в данный интервал времени. При этом 75–80% суммы штрафа возвращается государству, остальное поступает в доход страховой компании. Размеры штрафов разработаны и утверждены федеральным Минздравом.

Законодатель предлагает исключить страховщиков из системы ОМС

автор:
М. Мейланова, корреспондент
ЗЖ

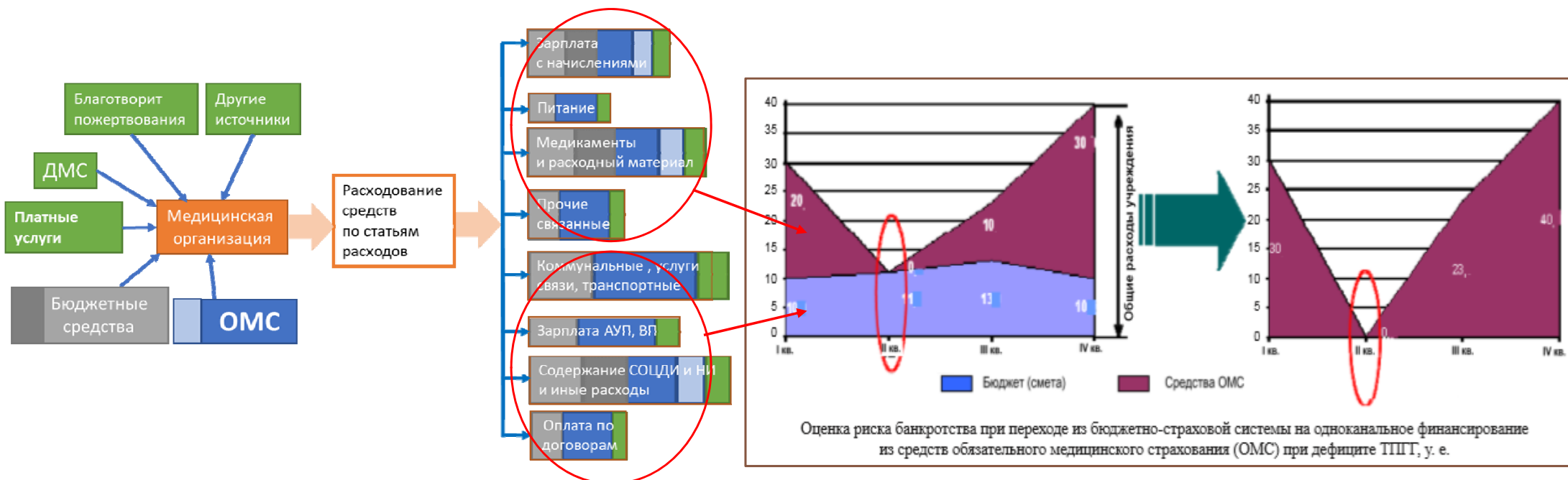
опубликовано:
«Экономика и жизнь»

В Госдуму внесен [законопроект](#) с поправками к закону «Об обязательном медицинском страховании», которые выводят страховщиков из системы ОМС. Для реализации территориальной программы ОМС предполагается использовать определенные медицинские организации по утвержденному списку.

«Не может продавец защищать права потребителя, как и страховщик, даже и не настоящий, не может защищать интересы застрахованного, в частности, от самого себя», — указывает депутат, подчеркивая, что эту проблему страховщики ОМС не смогли решить за 20 с лишним лет, несмотря на наличие полномочий по защите прав застрахованных.

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Полный тариф, включающий все статьи расходов медицинской организации - **прозрачность управления МО финансовыми ресурсами**



Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Внедрение принципа оплаты медицинской помощи «деньги следуют за пациентом» - **переход от содержания сети медицинских учреждений к оплате выполненных объемов медицинской помощи**

17.10.2008 | статья | печать | 1574

Деньги следуют за пациентом, а пациент – на рынок

Медицинская услуга должна быть полностью оплачена!

автор:
Галина Снопова, «ЭЖ»

Решение любой задачи определяется двумя факторами: финансированием и менеджментом, то есть количеством денег и умением ими распоряжаться. Сегодня в рамках реформы здравоохранения делаются попытки увеличить количество денег

опубликовано:

ель финансирования и доведения его
сь деньгами желающие найдутся...

Распорядители тарифа

13 Июля 2018

Так, один из онкопациентов Роман Бортник не скрывает скепсиса: «А что мне с вашего тарифа? Это же просто праздник у страховых компаний. Трехразовое питание и компот!!!», — высказался он на своей странице в Facebook. Вместо этого он предлагает помогать онкологическим пациентам напрямую, передавая деньги на лечение непосредственно самим больным, которые куда быстрее сделают все необходимые обследования и получат терапию. «Ведь за увеличением тарифа не следует сокращения времени на процесс. Мы месяцами стоим в очередях, ждем приема, затем ждем направлений, записываемся в очередь на обследования по этим направлениям. Дайте людям деньги.

Действующие принципы «оплата за пролеченного больного» и «деньги следуют за пациентом» вызывают серьезные нарекания. Первый принцип делает медицинские учреждения и фармацевтическую сеть заинтересованными в увеличении числа больных - за ними придут деньги. При этом, чем больше будет тяжело больных, тем дольше они будут лечиться (в т.ч. в высокотехнологических центрах) и тем больше средств туда поступит. В результате, мы получаем, что для здравоохранения просто экономически невыгодно, чтобы граждане были здоровыми. Второй принцип, помимо отмеченных недостатков, может привести к тому, что будут разрушаться участково-территориальный принцип и этапность медицинской помощи.

- Распределенные объемы медицинской помощи не учитывают реальной мощности медицинской организации
- Отсутствие у руководителей медицинских организаций реальных возможностей управления ресурсами медицинской организации для повышения конкурентоспособности

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Конкуренция между медицинскими организациями - **повышение доступности и качества оказания медицинской помощи**



- Распределенные объемы медицинской помощи не учитывают реальной мощности медицинской организации
- Отсутствие у руководителей медицинских организаций реальных возможностей управления ресурсами медицинской организации для повышения конкурентоспособности

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Эффективные способы оплаты медицинской помощи: подушевой принцип – **усиление профилактической деятельности на амбулаторном этапе**



Цель перехода на одноканальное финансирование

А.Юрин. «Российская газета»
Федеральный выпуск №5045 (221) 23.11.2009

«... Когда мы говорим о переходе на одноканальное финансирование, мы подразумеваем не просто по одному каналу профинансировать первичное звено, или стационары, или "скорую помощь". ... речь идет о более глубоких реформах.

... распорядителем средств ОМС должно стать первичное звено. Участковый врач получает определенную сумму средств в зависимости от количества населения. А стимулом для повышения базовой зарплаты должно стать реальное здоровье вверенного ему населения. То есть он должен быть заинтересован осуществить превентивные мероприятия, пригласить больного на обследование, словом, проявить инициативу по отношению к больному. И чем реже у больных будет необходимость обращаться в стационар, вызывать "скорую помощь", тем будет лучше и для больного, и для врача общей практики. Здесь очень важна система сдержек и противовесов. То есть нельзя ни в коем случае допускать запущенных случаев в стационаре и нельзя делать так, чтобы "скорая помощь" необоснованно отказывала. Разумное сочетание всех этих трех видов помощи позволит и более рационально использовать средства здравоохранения в целом....»

- В подушевой норматив не включена профилактическая деятельность
- Во многих субъектах вместо подушевого принципа финансирования используется принцип оплаты за выполненные объемы, лимитированные предельным финансированием, рассчитанным по подушевому нормативу
- Система стимулирования медицинской организации за выполненные показатели деятельности используется в отдельных субъектах, в большинстве субъектах носит формальный характер

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Эффективные способы оплаты медицинской помощи: оплата за законченный случай по КСГ – **повышение эффективности работы стационаров**

Риски КСГ

- "снятие сливок" ("creaming") - предпочтение в приеме тех пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых ниже цены по КСГ;
- "экономия" ("skimping") - снижение качества медицинских услуг для пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ;
- "отбрасывание" ("dumping") - отказ в приеме пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ;
- "использование лазеек" (DRG-creep) - манипулирование диагнозами пациентов в сторону большего обращения к КСГ, имеющим больший вес, а значит и стоимость.

КСГ 157 st 19.035	БС	20 853,43
	КЗ	8,45
	повышающий управленческий коэффициент	1
	повышающий коэффициент уровня МО	1
	повышающий коэффициент сложности курации пациента	1
	дом затрат на лекарственные расходы	1
	ИТОГО норматив финансовых затрат на 1 госпитализацию	180 382,17

		стоимость лечения	кол-во пациентов (госпитализаций)	ЗАТРАТЫ		Разница между нормативом затрат
				норматив затрат	ИТОГО расходуется средств на лечение	
По всей группе КСГ			29	5 231 082,92	6 168 198,37	-937 115,45
Код схемы	схема терапии					
sh096	Кабогексал 25 мг/мл в 1-й день; цикл 21 день	249 903,50	1	180 382,17	249 903,50	-49 521,33
sh255.1	Эрибруин 1,4 мг/мл в 1-й, 8-й дни; цикл 21 день	187 440,00	1	180 382,17	187 440,00	-7 067,83
sh450	Атезолизумаб 1200 мг в 1-й день; цикл 21 день	237 523,10	1	180 382,17	237 523,10	-57 140,93
sh532	Трабектедин 1,5 мг/мл 24-часовая инфузия в 1-й день; цикл 21 день	458 460,52	1	180 382,17	458 460,52	-278 078,35
sh578.1	Темозоломид 100 мг/мл в 1-8-й дни, 15-22-й дни; цикл 28 дней	375 589,50	1	180 382,17	375 589,50	-195 207,33
sh127	Ниволумаб 3 мг/кг или 240 мг в 1-й день; цикл 14 дней	208 529,34	1	180 382,17	208 529,34	-28 147,17
sh037.1	Гемцитабин 1000 мг/мл в 1-й, 8-й, 15-й дни + пал-паклитаксел (паклитаксел+альбумин) 125 мг/мл в 1-й, 8-й, 15-й дни; цикл 28 дней	41 314,46	1	180 382,17	41 314,46	139 067,71
sh088.1	Иринотекан 150-180 мг/мл в 1-й день + цетуксимаб 250 мг/мл (нагрузочная доза 400 мг/мл) в 1-й, 8-й дни; цикл 14 дней	153 911,56	1	180 382,17	153 911,56	26 470,61
sh155	Палбоцикл 125 мг в 1-21-й дни + фулестрант 500 мг 1 раз в 28 дней (500 мг 2 раза в первый месяц терапии); цикл 28 дней	282 235,80	1	180 382,17	282 235,80	-101 853,63
sh343	Иксабепилон 40 мг/мл в 1-й день + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день	158 002,63	1	180 382,17	158 002,63	22 379,54
sh399.1	Циклофосфид 100 мг/мл в 1-й день + цетуксимаб 250 мг/мл (нагрузочная доза 400 мг/мл) в 1-й, 8-й, 15-й дни; цикл 21 день	194 526,09	1	180 382,17	194 526,09	-14 143,92
sh418.1	Эрибруин 1,4 мг/мл в 1-й, 8-й дни + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в 1-й день; цикл 21 день	249 495,32	1	180 382,17	249 495,32	-63 313,15

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Новая система оплаты труда, переход на «эффективный контракт» - достойный уровень заработной платы работников медицинских организаций зависит от выполненных показателей эффективности деятельности

Приема не будет: как врачи бастуют против нищенских окладов

«Все выплаты госпитализированные врачи массово жалуются на...»
Ольга Шарунова 03.10.2019, 18:26

Урезали выплаты: во Владимирской области уволились 12 медсестер

Во Владимирской области 12 медсестер подали заявления об увольнении
Рафаэль Фахрутдинов 10.08.2019, 18:43

Скандал с массовым увольнением хирургов на Урале дошел до Кремля



Иван Шестаков

2 августа 2019 в 22:49

Размер текста 18 +



Массовые увольнения хирургов в Нижнем Тагиле начались в конце июля

О ситуации с массовым увольнением врачей в Нижнем Тагиле узнали в администрации президента России. Об этом «URA.RU» сообщил осведомленный источник. Ранее во втором по величине городе Свердловской области все хирурги написали заявления об уходе.

11:51, 15 июля 2019

Российские врачи скорой помощи объявили «итальянскую забастовку»

7 25 25



Врачи орловской станции скорой помощи отказались от переработок и объявили забастовку

19 июля 2019 17:30

«Мы на пороге широкой кампании за изменение курса государства в здравоохранении»

Что случится, если медики объявят массовую забастовку?

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Новая система оплаты труда, переход на «эффективный контракт» - достойный уровень заработной платы работников медицинских организаций зависит от выполненных показателей эффективности деятельности

ЕДННАЯ ТАРИФНАЯ СЕТКА ПО ОПЛАТЕ ТРУДА РАБОТНИКОВ БЮДЖЕТНОЙ СФЕРЫ																		
Разряды оплаты труда	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Тариф- ные коэф- фици- енты	1.0	1.30	1.69	1.91	2.16	2.44	2.76	3.12	3.53	3.99	4.51	5.10	5.76	6.51	7.36	8.17	9.07	10.07

[illegible]

ПКГ - группы профессий рабочих и должностей служащих, сформированные с учетом сферы деятельности на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, необходимых для осуществления соответствующей профессиональной деятельности (Ст. 144 ТК РФ).

Достижения последних десятилетий в сфере финансирования здравоохранения

- Новая система оплаты труда, переход на «эффективный контракт» - достойный уровень заработной платы работников медицинских организаций зависит от выполненных показателей эффективности деятельности

Соотношение оклада, компенсационных и стимулирующих выплат в структуре заработной платы

- Долю окладов в структуре зарплаты рекомендовано увеличивать. На оклад должно приходиться 55 - 60% зарплаты (без учета компенсационных выплат за работу в местностях с особыми климатическими условиями),
- на стимулирующие выплаты (преимущественно за достижение конкретных результатов деятельности по показателям эффективности, повышение квалификации) - 30%,
- на компенсации - 10 - 15% в зависимости от условий работников.
- При установлении стимулирующих выплат за квалификационную категорию необходимо предусматривать увеличение их доли в общем объеме стимулирующих выплат.
- Предельный уровень соотношения зарплат руководящего состава и основного персонала рекомендуется устанавливать в кратности от 1 до 3. При этом надо учитывать сложность и объем выполняемой работы - уровень оказания медпомощи, коечный фонд учреждения, численность прикрепленного к нему населения, численность работников и др.
- Предельная доля расходов на оплату административно-управленческого персонала и вспомогательного персонала в фонде оплаты труда не должна превышать 40%. Необходимо устанавливать перечень должностей, относящихся к данным категориям работников на уровне субъектов Российской Федерации.



