

УДК 336.132.1

Лыскова Татьяна Валерьевна,

главный специалист,
филиал по Горнозаводскому управленческому округу,
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Свердловской области
e-mail: t.v.lyskova@mail.ru
г. Нижний Тагил, Россия

ПЛАНИРОВАНИЕ И ФИНАНСИРОВАНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Аннотация:

Гипотеза исследования: преобразования в экономике и развитие рыночных отношений, нестабильность экономической конъюнктуры позволяют в полной мере оценить значимость и необходимость финансового планирования для деятельности любого хозяйствующего субъекта - медицинские организации государственной формы собственности. Результаты работы: оценка перехода охраны здоровья на одноканальную систему финансирования.

Ключевые слова:

Медицинская организаций, обязательное медицинское страхование, финансирование, планирование, медицинская помощь.

Реформы, проводимые в здравоохранения нацелены на охрану здоровья граждан, создание конкурентного рынка медицинских услуг, мотивацию лечебных учреждений и медицинских работников к усилению профилактической направленности работы, повышение качества услуг и интенсивности лечения, сокращение издержек, оптимизацию структуры и штатов.

Одним из направлений реформы стал переход медицины на одноканальную систему финансирования. Ранее денежные средства попадали в лечебно-профилактические учреждения из бюджетов разных уровней и фондов социального страхования и обязательного медицинского страхования. Система одноканального финансирования предполагает, что основная часть финансовых средств, поступающих в учреждение здравоохранения, идет из фонда обязательного медицинского страхования. При этом средства обязательного медицинского страхования медицинские организации могут

тратить на все статьи, кроме капитального ремонта и покупки оборудования стоимостью более ста тысяч рублей.

Финансирование медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи-за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). Оплата за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, а также вносится используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и за застрахованных лиц закрепленных за другими медицинскими организациями [1].

За счет средств обязательного медицинского страхования, полученных по подушевому тарифу на амбулаторную медицинскую помощь, медицинская организация должна обеспечить оказание первичной медико-санитарной помощи, которая включает в себя:

- диагностику и лечение заболеваний в амбулаторных условиях;
- диагностику и лечение на дому больных, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не могут посещать медицинскую организацию;
- диспансерное наблюдение здоровых детей, лиц с хроническими заболеваниями, включая лабораторно-диагностические исследования и консультации специалистов;
- медицинскую профилактику заболеваний, проводимую в амбулаторно - поликлинических организациях, включая школьное и дошкольное отделения медицинских организаций, включая мероприятия по проведению профилактических прививок;
- профилактические осмотры населения;
- консультирование оказания услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортов и подготовке к беременности и родам;
- дородовый и послеродовый патронаж осуществляемый медицинскими работниками детских поликлиник, женских консультаций;
- первичную специализированную помощь, оказываемую врачами специалистами;
- первичную доврачебную санитарную помощь, оказанную фельдшерами, акушерками и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием [2].

Финансирование медицинских организаций регулируется территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания меди-

цинской помощи. Которая, устанавливает в том числе территориальные нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые объемы финансирования, порядок формирования и структуру тарифов на оплату медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются соглашением между Министерством здравоохранения Свердловской области, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области, представителями страховых медицинских профессиональных некоммерческих организаций [3].

Участниками этих отношений становятся профессиональные союзы медицинских работников или их объединений (ассоциаций), включенные в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в порядке, установленном федеральным законодательством [4,5]

Территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по программе рассчитываются в соответствии с действующими нормативными документами, а также необходимым уровнем финансового обеспечения медицинской помощи в соответствующем году [6].

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ рассчитываются в поликлинике на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи, на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи и на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

Нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей половозрастного состава.

В условиях одноканального финансирования присутствуют положительные и отрицательные стороны к положительным моментам можно отнести:

- переход на подушевой принцип финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений, которые получают средства не за каждый отдельный прием пациента, а за всех прикрепленных граждан. Это создает дополнительные стимулы для профилактической работы в первичном звене;
- ориентирование на мотивацию пациента;
- усиление профилактической направленности, внедрение здоровьесберегающих технологий, повышение качества услуг;
- право выбора врача и лечебного учреждения;

- повышение эффективности расходования бюджетных средств в системе здравоохранения.

К отрицательным:

- неравномерное финансовое и материально-техническое положение медицинских учреждений и различные стартовые условия перехода на одноканальное финансирование;
- невозможность учесть в групповых тарифах многообразие инфраструктуры учреждений.

В сложившихся экономических условиях необходимо пересмотреть модель планирования финансово-хозяйственной деятельности, провести мониторинг использования ресурсов в учреждениях (штаты, укомплектованность, коммунальные услуги, транспортные услуги, услуги по содержанию учреждений и другие), выполнения объемов медицинской помощи, финансовых ресурсов, корректировки плановых показателей.

Одной из приоритетных задач при модернизации здравоохранения является проведение мероприятий по профилактике заболеваний и формирование здорового образа жизни. Возникла необходимость мотивации лечебно-профилактических учреждений и медицинских работников. В усилении профилактической направленности работы. Через территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, определены мероприятия по профилактике заболеваний включающие в себя:

- профилактику инфекционных заболеваний;
- проведение противоэпидемических мероприятий; организация и проведение иммунопрофилактики в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показателям;
- выявление больных инфекционными заболеваниями; динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с больными инфекционными заболеваниями по месту жительства, работы, учебы и пациентами в период реконвалесценции после инфекционных болезней;
- профилактику неинфекционных заболеваний; профилактические осмотры детского населения, включая медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе предварительные, при поступлении в образовательные и периодические в период обучения;
- диспансеризацию детей сирот и детей находящихся в трудной жизненной ситуации, которая проводится в медицинских организациях системы здравоохранения, образовательных организациях и учреждениях социальной защиты населения;
- диспансеризацию определенных групп взрослого населения в возрасте 18 лет и старше, работающих и не работающих граждан, кото-

рая проводится один раз в три года в возрастные периоды, предусмотренные порядком проведения диспансеризации [7];

- профилактические медицинские осмотры, скрининговые исследования в первичном звене здравоохранения (рентгенофлюорографические, цитологические исследования, маммография и другие исследования);
- диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями и наблюдение пациентов с высокой группой риска развития неинфекционных заболеваний;
- мероприятия по формированию здорового образа жизни; информирование населения о необходимости и возможности выявления факторов риска и оценки степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний, их медикаментозной и немедикаментозной коррекции и профилактике, а также консультирование по вопросам ведения здорового образа жизни в отделениях медицинской профилактики и центрах здоровья.

Можно отметить диспансеризацию, как механизм дополнительного вливания финансовых средств в лечебное учреждение, при котором финансирование выше перечисленных мероприятий входящих в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется за рамками территориальной программы и деньги на реализацию проекта диспансеризации населения поступают напрямую из Федерального Фонда Обязательного Медицинского Страхования - как целевые средства [8]. Что должно привести к дополнительной стимуляции как в целом амбулаторное - поликлиническое объединение, так и медицинский персонал, привлеченный к проведению осмотров.

В целом, по результатам охваченного прикрепленного населения прошедших диспансеризацию, можно на первых этапах планировать направление по профилактике, лечению выявленных групп соответственно финансовую и кадровую составляющую, проанализировать потребность в имущественном фонде в целях эффективности и потребности использования лишних площадей либо потребности при отсутствии таковых.

Список использованных источников

1. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
2. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи жителям Свердловской области на 2016 год № 1195 ПП.

3. Соглашение между Министерством здравоохранения Свердловской области и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».
6. Постановление Правительства Российской Федерации от 19.12.2015 № 1382 « О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год».
7. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 03.02.2015г. № 36н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
8. URL:[http // http://www.ffoms.ru](http://http://www.ffoms.ru) (дата обращения 15.10.2016).

Tatiana Lyskova,

chief specialist

branch of the mining and metallurgical Management District,
Regional Health Insurance Fund

Sverdlovsk region

e-mail: t.v.lyskova@mail.ru

Nizhny Tagil, Russia

PLANNING AND FUNDING OF OUTPATIENT POLYCLINIC CARE MEDICAL ORGANIZATION IN COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

Abstract:

The hypothesis of the study: changes in the economy and the development of market relations, the instability of economic conditions allow to fully appreciate the importance and the need for financial planning for the activities of any entity - healthcare organizations of state ownership. The results: assessment of the transition to a single-channel health funding system.

Keywords:

Medical organizations, compulsory health insurance, finance, planning, health care.