

Финансирование здравоохранения: реалии и перспективы



*Команда Юридического факультета ФГБОУ ВО «Саратовский
национальный исследовательский государственный университет
им. Н.Г. Чернышевского»*

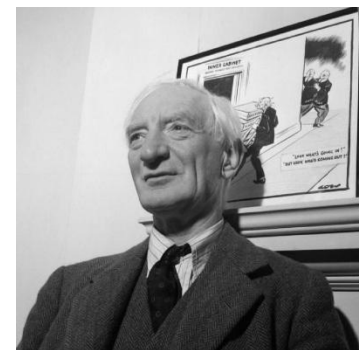
НДС



Системы здравоохранения:



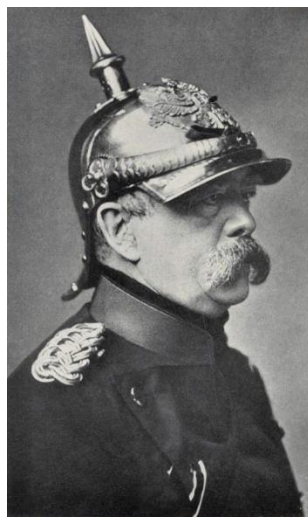
*1. Государственного или бюджетного
финансирования (система Бевериджа)*



Уильям Генри Беверидж, 1-ый барон Беверидж
William Henry Beveridge, 1st Baron Beveridge

2. Частного финансирования

(платная, рыночная медицина)

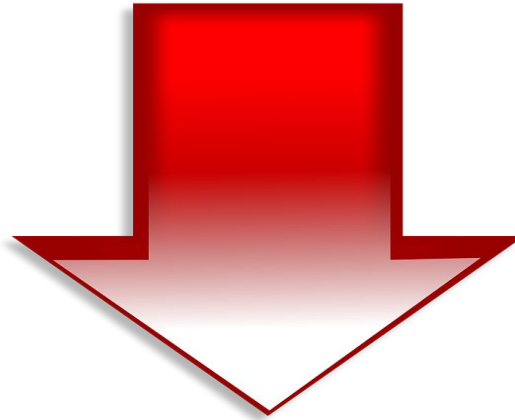


3. Социально-страхового финансирования

(система Бисмарка)



*При ОМС страховая премия не зависит
от возраста и ранее перенесенных
заболеваний*



*Неравенство для страховых
компаний, осуществляющих страхование
на различных территориях
(неоднородность половозрастного
состава)*



Страны с государственным и социально-страховым финансированием

-

1) **низкий** уровень младенческой смертности:
2,1–3,9 смерти в расчете на 1000 новорожденных.

2) тратят **меньше** на здравоохранение:
3,9 - 9,01% от ВВП



Страны с частной системой финансирования

-

1) **высокий** уровень младенческой смертности:
5,9 смерти в расчете на 1000 новорожденных.

2) тратят **больше** на здравоохранение:
до **17,91%** от ВВП



Официальная позиция Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

Не существует единственно верного, наилучшего подхода к финансированию здравоохранения.



Факторы, определяющие тип финансирования системы здравоохранения:



а) объём финансирования

б) доступность медпомощи для населения

в) объём и качество медицинских услуг и др.





- 3 источника финансирования
- (таблица или диаграмма)

преобладающим является бюджет (более 80% средств)



Разделение предметов бюджетного и страхового

финансирования в начале 90-х гг.:



Бюджетные средства:

- 1) иммунизация населения,
скорая медпомощь
- 2) некоторые специализированные
виды медпомощи второго уровня
- 3) медпомощь третьего уровня или
высокотехнологичная медпомощь
(ВМП).

Средства ОМС:

Обеспечивают
финансирование основной
части первичной и
вторичной медпомощи





... в середине 90-х гг.:



Развитие передовых медицинских технологий,
строительство новых федеральных медицинских центров:

- *Сердечно-сосудистой хирургии в Пензе и Астрахани,*
- *Нейрохирургии в Тюмени.*



Настало время, когда ВМП надо постепенно переводить в ОМС, уходя от искусственного выделения данного вида помощи, потому что накоплен опыт и примерно известны объемы, сколько нужно денег каждому региону, что бы люди получали ВМП и отсутствовала очередь.



*В РФ стационарное лечение составляет
55-60% от всех средств, идущих на
финансирование здравоохранения*



Проще предупредить болезнь, чем лечить её последствия!

*Выход: **Профилактика***



В Скандинавских странах стимулируется проведение профосмотров среди граждан.

Очень часто лучшее лекарство - это обойтись без него совсем.

Гиппократ





*Если в течение года человек **ни разу** не брал
больничный и при этом прошёл все
необходимые профилактические мероприятия,*



*на следующий год ставка НДС для него должна быть понижена
на **0,25 %**.*



Для нашей страны, где неработающее население преобладает над работающим, очень осторожно и взвешенно надо перенимать передовой опыт, сделав аналитические расклады и подготовив финансово-экономические расчеты,



чтобы не получилось так, что для неработающего населения «не хватает денег» на первичную помощь.



Управленческая реформа



Её суть — направление средств от неприоритетных и неэффективных расходов в здравоохранении, а также дополнительных ресурсов федерального бюджета на решение главной проблемы отрасли



улучшении ситуации с медицинскими кадрами!



В новой редакции федеральной программы «*Развитие здравоохранения*» прописано, что к **2020 г.** средняя зарплата врачей будет вдвое превышать среднюю по региону, а зарплата среднего и младшего медицинского персонала сравняется со средней.



Однако, вот парадокс: рост зарплат медицинских работников бюджетной сферы не привел к существенному снижению риска медицинских ошибок и улучшению качества медицинских услуг.



Эффективным инструментом в повышении качества медицинской помощи будет полное внедрение профессиональных стандартов в медицине (к 2019 году) и поэтапный переход от трудового договора на эффективный контракт с каждым медицинским работником, где будут четко прописаны критерии (показатели) эффективности.





**Не менее важную роль играет
расширение деятельности и
поддержка со стороны
государства
благотворительных фондов.**



**Благотворительный
детский фонд
ВИКТОРИЯ**



Предложения нашей команды



1. Усилить *контроль за использованием расходов* на здравоохранение;

2. Уделить особое внимание *подготовке кадров* в медицинских и фармацевтических вузах:

- повысить оплату труда профессорско-преподавательского состава (коэффициент 2,0 к средней оплате труда врачей по стране); на повышение их квалификации (10% от ФОТ профессорско-преподавательского состава); на субсидии медицинским организациям для размещения клинических баз вузов, а также на материально-техническое оснащение вузов;

- продолжить развитие системы непрерывного медицинского образования – повышение квалификации

3. Развитие *государственно-частного партнёрства* в здравоохранении, в том числе интегрированного страхового финансирования медицинских учреждений на практике.



Если человек сам следит за своим здоровьем, то трудно найти врача, который знал бы лучше полезное для его здоровья, чем он сам.

Сократ

