



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ
НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РФ

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВАЯ СИТУАЦИЯ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА
МЕЖДУ КРИЗИСОМ И МОДЕРНИЗАЦИЕЙ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ДЕЛО»

УДК 338.06.71.47

ББК 65.495

М74

Серия

**«Экономическая политика:
между кризисом и модернизацией»**

**Проект выполнен в рамках тематики экспертного совета
при Правительственной комиссии по повышению устойчивости
развития российской экономики**

Ответственные редакторы:

И.М. Шейман, С.В. Шишкин

Авторы:

Попович Л.Д. (разд. 2); *Потапчик Е.Г.* (разд. 4);

Салахутдинова С.К. (разд. 3); *Селезнева Е.В.* (разд. 1, 4);

Шейман И.М. (разд. 1, 4); *Шишкин С.В.* (разд. 1, 4)

М74 Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи /
Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнева,
И.М. Шейман, С.В. Шишкин / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишки-
на. — М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. — 232 с. — (Эконо-
мическая политика: между кризисом и модернизацией).

ISBN 978-5-7749-1016-8

В книге представлен анализ наиболее значимых изменений в органи-
зации и финансировании медицинской помощи и лекарственного обе-
спечения населения России в последние годы. Обсуждаются изменения в
политике других стран в области здравоохранения, обусловленные миро-
вым экономическим кризисом. Уроки проведенных преобразований в на-
шей стране и антикризисных мер за рубежом позволяют сформулировать
конкретные предложения о направлениях развития российской системы
медицинского страхования и системы лекарственного обеспечения.

Книга рассчитана на управленческих работников в отрасли здравооо-
хранения, экспертов, а также всех интересующихся проблемами реформи-
рования отраслей социальной сферы.

УДК 338.06.71.47

ББК 65.495

ISBN 978-5-7749-1016-8

© ФГБОУ ВПО «Российская академия
народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации»,
2010, 2013, 2014, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	8
1. Оценка результатов проведения федерального пилотного проекта в здравоохранении	11
1.1. Анализ эффективности организации пилотного проекта.....	11
1.2. Содержание организационно-экономических инноваций и их соответствие задачам повышения эффективности использования ресурсов.....	14
1.2.1. Переход к одноканальному финансированию через систему ОМС	14
1.2.2. Оплата стационарной помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе медико-экономических стандартов	20
1.2.3. Фондодержание и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов.....	24
1.2.4. Реформирование оплаты труда медицинских работников.....	28
1.2.5. Прочие инновации, реализуемые в рамках пилотного проекта.....	30
1.2.6. Результаты реализации пилотного проекта	33
1.3. Рекомендации по внедрению наиболее эффективных механизмов финансирования здравоохранения, апробированных в ходе пилотного проекта	38
2. Оценка результативности государственной политики регулирования лекарственного обеспечения населения и рекомендации по ее задачам и инструментам	41
2.1. Результативность лекарственного обеспечения населения России с точки зрения обеспечения доступности лекарственных средств для населения и рациональности расходования государственных ресурсов	41

2.1.1. Структура и объемы потребления лекарственных средств по сегментам рынка	43
2.1.1.1. Негосударственный сегмент фармацевтического рынка.....	43
2.1.1.2. Государственный сегмент фармацевтического рынка	45
2.2. Анализ предмета и механизмов государственного регулирования предоставления лекарственной помощи в РФ.....	54
2.2.1. Документация, регулирующая доступность лекарственных средств населению	55
2.2.2. Документация, регулирующая рациональность расходования государственных ресурсов в области лекарственного обеспечения.....	58
2.2.2.1. Ценовое регулирование	58
2.2.2.2. Формирование ограничительных перечней лекарственных средств	61
2.2.2.3. Регулирование деятельности медицинских организаций по назначению лекарственных средств.....	64
2.3. Анализ международного опыта регулирования лекарственной помощи с точки зрения обеспечения доступности лекарственных средств для населения и рациональности расходования ресурсов	66
2.3.1. Методы возмещения стоимости лекарственных средств льготным категориям населения	66
2.3.2. Формы ценового регулирования лекарственных средств.....	68
2.3.3. Установление ограничительных перечней лекарственных средств и регулирование назначения препаратов	72
2.4. Разработка предложений, направленных на повышение доступности лекарственных средств для населения в России и рациональности расходования государственных ресурсов	73
3. Анализ антикризисных мер в здравоохранении зарубежных стран и рекомендации о возможности их использования в России	80
3.1. Анализ приоритетов и содержания антикризисной политики в сфере здравоохранения	81
3.1.1. Общее воздействие кризиса на социально-экономическую ситуацию.....	81

3.1.2. Новые вызовы здравоохранению в условиях кризиса.....	82
3.1.3. Сравнение задач и приоритетов антикризисной политики в отдельных странах.....	86
3.1.4. Обзор конкретных антикризисных мер	88
3.1.4.1. Меры по привлечению дополнительных источников доходов для финансирования сектора здравоохранения	88
3.1.4.2. Экономия в использовании имеющихся ресурсов.....	91
3.1.4.3. Повышение эффективности использования ресурсов.....	92
3.1.4.4. Поддержка наиболее уязвимых групп населения.....	93
3.1.4.5. Рост вложений в инфраструктуру	95
3.1.5. Возможности реализации среднесрочных задач реформирования здравоохранения в ситуации финансово-экономического кризиса.....	96
3.1.5.1. Повышение эффективности системы здравоохранения в условиях сокращения ресурсов в Венгрии.....	96
3.1.5.2. Организация медицинского обслуживания в Латвии в условиях значительного сокращения бюджета здравоохранения	98
3.1.5.3. Проведение административной реформы для повышения эффективности здравоохранения в Польше.....	99
3.1.5.4. Рациональное использование в период кризиса ресурсов системы здравоохранения в Эстонии	100
3.1.5.5. Обеспечение доступности медицинской помощи в условиях кризиса в Киргизии.....	104
3.2. Определение условий и ограничений применимости антикризисных мер в практике российского здравоохранения и рекомендации о возможности внедрения лучших зарубежных практик	105
3.2.1. Рационализация части мощностей государственных и муниципальных учреждений в условиях кризиса.....	106
4. Предложения о внесении изменений в организацию обязательного медицинского страхования.....	113
4.1. Анализ зон неэффективности действующей системы ОМС в условиях кризиса.....	113

4.1.1. Низкие темпы перехода на одноканальное финансирование здравоохранения и низкий уровень сбалансированности программ ОМС с объемами финансирования	113
4.1.2. Недостаточный уровень финансового планирования	116
4.1.3. Ограниченные возможности, низкая мотивация и недостаточно эффективная конкуренция страховых медицинских организаций	118
4.1.4. Несоответствие методов оплаты медицинской помощи задачам повышения структурной эффективности и ограничения действующей системы установления тарифов на медицинские услуги	120
4.2. Предложения по формированию средств ОМС и внесению изменений в управление системой ОМС...	122
4.2.1. Общие направления формирования средств ОМС...	122
4.2.2. Варианты организации ОМС: централизованная или децентрализованная модель?	125
4.2.3. Порядок формирования взноса на ОМС неработающего населения	130
4.2.4. Совершенствование системы выравнивания условий финансирования региональных систем ОМС	132
4.2.5. Введение программ дополнительного медицинского страхования	134
4.3. Разработка предложений по повышению эффективности использования средств ОМС	135
4.3.1. Механизмы перехода на одноканальную систему финансирования здравоохранения.....	135
4.3.2. Совершенствование системы финансового планирования	139
4.3.3. Расширение функций и финансовой ответственности страховых медицинских организаций.....	142
4.3.4. Совершенствование системы допуска страховых медицинских организаций к реализации программы ОМС.....	145
4.3.5. Использование методов оплаты, в большей мере соответствующих задачам реструктуризации здравоохранения	149

4.3.6. Рекомендуемые направления совершенствования ценообразования.....	152
Заключение	156
Краткие выводы и рекомендации по разделу 1 «Оценка результатов проведения федерального пилотного проекта в здравоохранении»	156
Краткие выводы и рекомендации по разделу 2 «Оценка результативности государственной политики регулирования лекарственного обеспечения населения и рекомендации по ее задачам и инструментам»	161
Краткие выводы и рекомендации по разделу 3 «Анализ антикризисных мер в здравоохранении зарубежных стран и рекомендации о возможности их использования в России».....	165
Краткие выводы и рекомендации по разделу 4 «Предложения о внесении изменений в организацию обязательного медицинского страхования»	169
Приложения	174
Приложения к разделу 2.....	174
Приложение 2.1. Иллюстративные данные к разделу 2... ..	174
Приложение 2.2. Перечни лекарственных средств, применяемые в регулирующих документах	183
Приложение 2.3. Классификация существующих моделей лекарственного страхования	183
Приложение 2.4. Описание концептуальных организационно-финансовых схем реализации предлагаемых моделей лекарственного страхования в России	186
Приложения к разделу 4.....	192
Приложение 4.1. Иллюстративный материал к анализу зон неэффективности системы ОМС....	192
Приложение 4.2. Рекомендуемые методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи	210
Приложение 4.3. Рекомендуемые методы оплаты стационарной помощи	219
Литература	224
Об авторах	231

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В 2007–2008 гг. в российском здравоохранении осуществлялся федеральный пилотный проект, направленный на отработку в регионах новых финансовых механизмов. В данном разделе рассматривается организация осуществления этого проекта (параграф 1.1), анализируются его главные мероприятия с точки зрения их соответствия задачам повышения эффективности использования ресурсов (1.2). Проведенный анализ дает основания для разработки рекомендаций по дальнейшей отработке и распространению новых механизмов финансирования здравоохранения (1.3).

1.1

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Правительство РФ постановлением от 19 мая 2007 г. № 296 утвердило направления преобразований в рамках федерального пилотного проекта, правила финансирования расходов на его реализацию и перечень участвующих в нем регионов. Срок реализации проекта — с июня 2007 г. по июль 2008 г. На проведение эксперимента было израсходовано 5434 млн руб. из средств федерального Фонда ОМС за счет ассигнований из федерального бюджета¹. Регионы, участвующие в проекте (*далее* — пилотные регионы), софинансировали его проведение.

В рамках пилотного проекта апробировались следующие направления модернизации системы финансирования здравоохранения:

- поэтапный переход учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС;

¹Здесь и далее в настоящем разделе — по данным Минздравсоцразвития России.

- оплата стационарной помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе медико-экономических стандартов и с учетом оценки качества оказанных услуг;
- осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты других видов медицинской помощи (система фондодержания);
- создание систем оплаты труда медицинских работников за объем и результаты их деятельности;
- обеспечение более адекватного учета объема и качества оказанной медицинской помощи на основе системы персонализированного учета.

Обоснование эксперимента содержится в документе Минздравоохранения России *«О реализации в 2007 году мероприятий по модернизации стационарной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения»* (далее — *Документ Минздравоохранения*). Этот документ конкретизирует дизайн эксперимента и определяет ожидаемые результаты по каждому его направлению.

В рамках пилотного проекта были заключены соглашения между Минздравоохранения, федеральным Фондом ОМС (ФОМС) и органами исполнительной власти субъектов РФ (далее — Соглашения), которые устанавливают планируемые показатели реализации проекта, включая объемы финансирования, ожидаемые результаты, охват лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) отдельными мероприятиями и др.

Пилотный проект рассматривался как эксперимент, который позволит получить ответы на вопрос о направлениях преобразований в системе финансирования здравоохранения в масштабах всей страны.

Направления пилотного проекта были определены правильно. Вместе с тем организация эксперимента имела существенные изъяны. Не было четкой постановки вопросов, на которые должен дать ответ эксперимент, не были сформулированы альтернативные решения, которые в эксперименте должны были апробироваться. Фактически в ходе эксперимента проверялись возможности реализации предложенных самими регионами вариантов одноканального финансирования, построения тарифов в системе ОМС,

финансирования первичного звена оказания медицинской помощи, систем оплаты медицинских работников, выяснялось, какие при этом возникают препятствия.

Следует особо отметить формальный подход к мониторингу пилотного проекта. Ведущая роль в проведении мониторинга была отведена федеральному ФОМС. Определены количественные показатели по реализации каждого направления проекта. Они вошли в Соглашения с регионами. По окончании проекта федеральный ФОМС подготовил аналитическую справку *«Итоги реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах здравоохранения в 2007–2008 годы»* (далее — *Аналитическая справка ФФОМС*), в которой дается обобщенная оценка выполнения проекта на основе установленных показателей. Этот документ очень содержателен с точки зрения собранной информации по каждому региону, но он сфокусирован на оценке выполнения только количественных показателей (охвата ЛПУ мероприятиями проекта и т.п.). Вопросы *содержания* проекта в нем не рассматриваются. Причем формальный подход к мониторингу был заложен в дизайне проекта.

Кроме того, многие из выбранных показателей не имеют отношения к существу эксперимента. Например, величина подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий в регионе никак не отражает реализацию мероприятия по переходу на одноканальное финансирование: объем денег не определяет уровень их объединения, что является основой данного мероприятия. Число учреждений, внедривших стандарты медицинской помощи, слабо отражает переход к новым методам оплаты стационарной помощи, поскольку при такой формулировке использованием стандартов можно считать нормирование сроков госпитализации, а не нормирование стоимости медицинских технологий. В этой ситуации многие регионы могли отчитаться уже давно сделанным: нормирование сроков лечения по отдельным диагнозам на основе стандартов давно используется в практике российских регионов. По той же причине ненадежен показатель «Доля реестров счетов по оплате оказанной медицинской помощи, сформированных на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи». На основе этих показателей невозможно понять истинные масштабы технологического обоснования тарифов, что делает показатели мониторинга формальными и малосодержательными.

Для характеристики системы фондодержания, на наш взгляд, не нужны показатели «Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, которые финансируются на основе подушевого норматива» (подушевой норматив на собственную деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений не является фондодержанием), а также «Увеличение нормативов подушевого финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений» (он испытывает на себе действие общих факторов, определяющих объем финансирования). При оценке новой системы оплаты труда справедливо предлагаются показатели, характеризующие уровень оплаты, но отсутствует показатель доли оплаты труда за счет стимулирующих надбавок, а это, на наш взгляд, наиболее важный индикатор формирующихся мотивационных систем.

В результате реальные процессы сложно оценивать только по федеральным отчетным документам. Необходима оценка региональных материалов. Последующий анализ основан на материалах по нескольким регионам, являющимся лидерами в осуществлении новых финансовых механизмов. Это Калининградская, Калужская, Тюменская, Нижегородская области и Пермский край.

1.2

СОДЕРЖАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ И ИХ СООТВЕТСТВИЕ ЗАДАЧАМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ

1.2.1. ПЕРЕХОД К ОДНОКАНАЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ОМС

Данное направление преобразований в системе финансирования апробируется в 12 регионах из 19 (Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Томская области, Республика Татарстан, Краснодарский, Пермский и Хабаровский края, Чувашская Республика).

Условиями Соглашений был установлен показатель соотношения средств ОМС и средств консолидированного бюджета, направляемых на финансирование здравоохранения. Среднее по всем регионам соотношение — 60 % на 40 %. Фактическое исполнение, согласно данным ФОМС, — 58 % на 42 % (ФОМС, 2009, с. 27), т.е. целевой показатель был практически достигнут.

Почти во всех регионах, участвовавших в реализации этого направления, отмечается рост доли средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения за 2006–2008 гг. Наиболее значи-

тельный — в Республике Татарстан, Калининградской, Владимирской и Томской областях (табл. 1.1). Эти же регионы являются лидерами и по абсолютному значению данного показателя — 62–67%. Еще выше показатель в Тюменской области (78,7%), хотя этот регион формально не брал на себя обязательств по реализации данного компонента проекта. В Республике Татарстан, согласно данным Минздравооцразвития, он вырос за один год с 49,3% до 88,9%, что маловероятно¹. В 2009 г. ожидается выход в число лидеров Калининградской области: доля ОМС составит здесь 85,9% (Клюйкова, 2009).

Минимальные доли средств ОМС составляли в 2008 г. 43,7% в Белгородской области, 46,8 в Хабаровском крае, 52,1 в Ленинградской области, 52,4% в Калужской области. Но и этот уровень заметно выше среднего по Российской Федерации — 41%. Таким образом, в регионах — участниках пилотного проекта достигнут заметно более высокий уровень объединения средств бюджета и ОМС. Пилотный проект существенно ускорил переход на одноканальную систему финансирования.

Таблица 1.1

Доля средств ОМС в финансировании территориальных программ государственных гарантий в 12 пилотных регионах в 2006–2008 гг., %

Субъект Российской Федерации	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Белгородская область	41,3	45,7	43,7
Владимирская область	45,1	56,1	65,7
Вологодская область	55,4	52,0	56,9
Калининградская область	49,4	59,1	61,6
Калужская область	55,2	52,6	52,4
Краснодарский край	45,2	47,0	49,0
Ленинградская область	41,1	42,3	52,1
Пермский край	46,5	53,8	53,5
Республика Татарстан	55,0	49,3	88,9
Республика Чувашия	39,2	45,3	55,4
Томская область	60,1	64,2	66,5
Хабаровский край	46,7	45,7	46,8

Источник: доклады Минздравооцразвития России о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 и 2008 гг. (далее — Программа государственных гарантий).

¹Эта оценка получена на основе данных Минздравооцразвития России, в то время как ФОМС в упомянутой выше Аналитической справке ФФОМС дает 67%.

Переход на одноканальную систему складывался из двух процессов. Первый — *расширение программы ОМС* — отмечен в Ленинградской, Тюменской и Калининградской областях, а также в Республике Татарстан. В этих регионах в программу ОМС включены скорая медицинская помощь и медицинская помощь при социально значимых заболеваниях, ранее финансируемые за счет средств бюджета (*ФОМС, 2009; ГУ-ВШЭ, 2009*). В Тюменской области в систему ОМС включена также часть высокотехнологичной помощи и санаторно-оздоровительная помощь (*Чирятьева, 2009*).

Второй процесс — *расширение состава затрат*, включаемых для возмещения в тарифы в системе ОМС. По общему правилу тарифы в действующей системе ОМС возмещают пять видов затрат ЛПУ: заработную плату, начисления на заработную плату, приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и расходы на питание пациентов. Переход к одноканальному финансированию предполагает использование расширенных тарифов, возмещающих более широкий круг расходов.

В ходе реализации проекта апробировались два варианта тарифов:

- тарифы, включающие помимо пяти указанных видов затрат затраты на услуги связи, транспортные услуги, услуги по содержанию имущества, на увеличение стоимости основных средств и др.;
- тарифы, включающие помимо перечисленных затраты на коммунальные услуги, капитальный ремонт и приобретение медицинского оборудования (ниже установленной стоимости).

Первый вариант был наиболее распространенным. Он реализован во Владимирской, Нижегородской и Калужской областях, Пермском крае и Чувашской Республике, Тюменской области. Второй — только в Томской и Калининградской областях. Эти два региона наиболее близко подошли к использованию принципа полного тарифа (*НИСП, 2008*).

Перераспределение средств в систему ОМС осуществлялось путем увеличения размеров взносов из бюджетов субъектов РФ на ОМС неработающего населения. В семи пилотных регионах (Белгородская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Томская области, Краснодарский, Хабаровский края) источником увеличения этих взносов были региональные бюджеты. Рост ассигнований на ОМС неработающего населения был обеспечен

за счет перераспределения средств регионального бюджета. В шести регионах (Владимирская, Калужская области, Пермский край, Республика Татарстан, Чувашская Республика, Нижегородская область) решение этой задачи было обеспечено за счет передачи средств муниципальных образований региональному бюджету для последующего направления их в систему ОМС. Последний механизм реализуется на основе соглашений между органами государственной и муниципальной властей.

Второй механизм оказался менее эффективным. Во многих регионах не все муниципальные образования выполнили обязательства по передаче своих средств региональному бюджету. Например, в *Калужской области* половина муниципальных образований передала в областной бюджет средств значительно меньше, чем раньше сами тратили на соответствующие статьи расходов. По мнению руководителей здравоохранения области, такой подход был обусловлен сознательным возложением расходных обязательств на областной бюджет и бюджет пилотного проекта; соответствующие средства были потрачены на другие нужды, а потом было объявлено об их нехватке. Например, для ЦРБ Боровского района было передано 3 млн руб., а для ЦРБ Кировского района — 0,5 млн руб. Данные учреждения сравнимы по мощности и по обслуживаемому населению, и трудно согласиться, что расходы первого учреждения в 6 раз меньше, чем второго. При этом возмещение затрат по соответствующим статьям в системе ОМС будет одинаковым, т.е. первый район по существу субсидирует второй. Важно также учитывать, что подавляющее число муниципальных образований области получают дотации из областного бюджета, они вправе расходовать их по своему усмотрению, поэтому высока вероятность того, что средства, планируемые на здравоохранение, не пойдут в систему ОМС (*Калужский областной ФОМС, 2008*).

Более существенные результаты дал механизм перераспределения расходных обязательств субъекта РФ и муниципальных образований. Например, в *Калининградской области* сумма дотаций из бюджета области была уменьшена на величину расходов на содержание муниципальных ЛПУ, что позволило увеличить взнос на ОМС неработающего населения. Данный переход облегчался тем, что все муниципальные образования в области являются дотационными.

При переходе на одноканальное финансирование некоторые регионы установили два уровня тарифов — старый (в пределах

традиционного набора возмещаемых статей) и новый (за дополнительные статьи расходов). Например, в *Нижегородской области* в дополнение к базовому тарифу введен тариф на текущее содержание, охватывающий все виды затрат, за исключением расходов на коммунальные услуги, затрат, требующих серьезных инвестиций (капитальный ремонт и строительство, приобретение дорогостоящего оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб.), а также расходов по уплате налогов на имущество и землю (*Хлабутина, 2009*). Аналогичный подход используется в ряде регионов, не участвовавших в пилотном проекте (например, в Кировской области).

Логика такого разделения тарифа состоит в том, чтобы выделить статьи затрат, по которым осуществляется перераспределение средств. На этой основе делается попытка обеспечить соответствие средств, передаваемых муниципальными образованияами в региональный бюджет, средствам, поступающим в учреждения от страховщика.

Оценивая этот подход, можно согласиться с тем, что в течение определенного времени необходимо «маркировать» деньги, подлежащие перераспределению. Для учетных задач он вполне правомерен, но при одном условии: эти затраты, как и все прочие, не должны устанавливаться для каждого учреждения на индивидуальной основе и их возмещение из средств ОМС должно быть гарантировано всем. Господствующий принцип ценообразования в системе ОМС — нормирование затрат на определенном уровне. Если отойти от этого принципа, то в этой системе неминуемо утверждение ОМС принципов бюджетного финансирования — по статьям сметы вне зависимости от результатов деятельности учреждения.

Модель перехода на одноканальное финансирование, основанная на возмещении индивидуальных затрат учреждений (пусть даже в части новых статей затрат), — это профанация принципа (платить за результаты деятельности, а не содержание учреждения). Реализация такой модели будет «инфицировать» систему ОМС при формальном соблюдении установленных сверху показателей перехода на одноканальное финансирование. В результате роль экономических принципов управления может снизиться, вопреки ожиданиям, в отношении эффективности одноканальной системы.

Противоположный подход — единовременный и универсальный переход на принцип полного и единого тарифа, как это было сделано в *Калининградской области*. Он сразу сделал систему одноканальной. Но многие учреждения с традиционно хорошим фи-

нансированием оказались в сложном положении, поскольку органы власти сняли с себя основную часть обязательств по прямому бюджетному финансированию ЛПУ. В этой области решительность в реализации одноканальной системы оказывалась оправданна: за год-два учреждения были вынуждены приспособиться к новой системе финансирования и острота проблемы постепенно снизилась. Но делать этот принцип общим вряд ли правильно: слишком велики риски дискредитации реформы. Необходим постепенный переход к единым тарифам (*ГУ-ВШЭ, 2009*).

Важный результат перехода на одноканальную систему — повышение хозяйственной самостоятельности ЛПУ. С расширением состава затрат, возмещаемых из средств ОМС, руководители учреждений получили дополнительные возможности для маневра ресурсами. Стало реальным более широкое перераспределение средств между статьями расходов.

Интересен пример *Нижегородской области*. С внедрением преимущественно одноканального финансирования главные врачи получили возможность направлять средства на наиболее приоритетные статьи расходов, включая ремонт оборудования, закупку недорогого оборудования, повышение квалификации медицинских работников и т.п. Сумма нецелевого использования средств снизилась на 13,5%. Проведенное анкетирование 18 главных врачей показало, что учреждениям предпочтительнее работать в условиях одноканального финансирования. Вот некоторые выдержки из ответов:

- «Денежные средства ОМС — реальные средства на расчетном счете, это ускоряет процесс расчетов».
- «По средствам ОМС не требуется дополнительных согласований по передвижению расходов с одного кода классификации на другой код».
- «Сами зарабатываем средства и расходует на текущее содержание».

Резюмируя результаты анкетирования, руководитель территориального ФОМС Нижегородской области пришел к выводу, что «с переходом на одноканальное финансирование должно уйти само понятие нецелевых расходов. На смену придут понятия разумности и целесообразности, но, разумеется, не в ущерб застрахованному гражданину» (*Хлабутина, 2009*).

Таким образом, реализация данного компонента пилотного проекта позволила апробировать разные механизмы формирования одноканальной системы финансирования. В целом ожидаемый результат достигнут. Заметно возросла аккумуляция средств в системе ОМС. Было доказано, что уровень финансирования здравоохранения не имеет никакого отношения к задаче формирования одноканальной системы. Этот процесс отражает *объединение* средств, а не их увеличение. Потребность в таком объединении выше в регионах с наименьшими финансовыми ресурсами. Там, где это осознали, особых проблем с переходом на одноканальную систему не было.

К сожалению, на федеральном уровне еще сильны представления о том, что одноканальную систему невозможно реализовать без дополнительных денег и новых законов. Нам представляется, что пилотный проект доказал, что это не так.

1.2.2. ОПЛАТА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАТИВАМИ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ, РАССЧИТАННЫМИ НА ОСНОВЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ

Этот компонент проекта осуществлялся в 13 регионах (Астраханская, Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Свердловская, Томская области, Краснодарский и Хабаровский края, Чувашская Республика, Ханты-Мансийский автономный округ).

Условиями эксперимента ставилась задача перейти на оплату медицинской помощи с учетом требований медицинских технологий, устанавливаемых клиническими стандартами. Эти стандарты представляют собой перечень медицинских услуг и лекарственных средств, предоставляемых в ходе лечения конкретного заболевания. Они разрабатываются на федеральном уровне, а их экономическая оценка (расчет норматива финансовых затрат) осуществляется самими регионами с учетом их финансовых возможностей и особенностей используемых технологий (стандарты преобразуются в медико-экономические стандарты — МЭСы). В середине 2008 г. на федеральном уровне было утверждено около 500 стандартов, еще 120 стандартов находились на стадии согласования и рецензирования.

Оплата помощи осуществляется по реестру, составленному на основе персонифицированных счетов за каждого пролеченного

больного. При этом в Документе Минздравсоцразвития ставилась задача учета результатов лечения, т.е. делалась попытка установить элементы системы оплаты за результат (ОЗР). Были предложены поправочные коэффициенты к тарифу. Например, при выздоровлении используется коэффициент 1, при улучшении состояния здоровья — 0,8, при отсутствии изменений — 0,75, при смерти — 0,7, т.е. сумма затрат, возмещаемая больнице, редуцируется с использованием соответствующего коэффициента. Допускается использование более агрегированного тарифа — для клиничко-статистических групп, объединяющих заболевания с примерно одинаковой стоимостью лечения¹. Однако не конкретизируется принцип их формирования — будут это абсолютные размеры тарифов или относительные величины (шкала ставок оплаты) при жестком бюджете стационарной помощи, как это делается при использовании метода клиничко-статистических групп за рубежом. Предполагалось, что регионы сами должны сформировать конкретные механизмы возмещения и сдерживания затрат на оказание стационарной помощи.

Главное ожидание в отношении новых методов оплаты стационарной помощи — создание стимулов для использования современных медицинских технологий, повышение качества стационарной помощи. Одновременно формулируется ряд параллельных задач, связанных с использованием стандартов, — обоснование необходимых затрат на реализацию программы государственных гарантий, внедрение единых медицинских технологий и единых тарифов, формирование системы обеспечения качества медицинской помощи, создание условий для защиты прав пациента и врача и др.

Оценка результатов реализации этого компонента приводится в Аналитической справке ФФОМС. При анализе результатов эксперимента с оплатой стационарной помощи на основе стандартов объектом мониторинга является:

- число учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, внедривших стандарты медицинской помощи;
- доля реестров счетов по оплате оказанной медицинской помощи, сформированных на основе нормативов финансовых

¹ В соответствии с Документом Минздравсоцразвития России «стандарты формируются в клиничко-статистические группы, по каждой группе расчетным путем определяется среднестатистический показатель затрат, который выражается в нормативе финансовых затрат».

затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи, с учетом конечного результата.

Соглашениями с регионами-участниками этого компонента пилотного проекта была установлено, что общее число ЛПУ, внедривших стандарты, составит 620. Фактически регионы дали информацию о внедрении стандартов 565 учреждениями. Планировалось оплачивать по стандартам 68 % реестров счетов, фактически было оплачено 51,7 %. Согласно Аналитической справке с июля по декабрь 2007 г. число ЛПУ, работающих по стандартам, увеличилось на 49,5 %. Вариабельность регионов по масштабам использования стандартов очень велика — от 6 до 297 стандартов по различным нозологическим формам. На наш взгляд, эта вариабельность определяется неодинаковым пониманием самого метода оплаты по стандартам. Как отмечалось выше, стандарты используются прежде всего для нормирования длительности госпитализации, а не для нормирования пакетов услуг по каждому случаю заболевания. Можно предположить, что многие регионы узко поняли сферу использования стандартов и поэтому оказались в числе аутсайдеров.

Отмечается также сильная региональная вариация стоимости законченного случая в рамках одной нозологической формы. Например, стоимость лечения пневмонии в Пермском крае составляет 9,9 тыс. руб., в Республике Чувашия — 15,0 тыс. руб., в Республике Татарстан — 28,2 тыс. руб. Стоимость лечения инфаркта миокарда в Томской области 14,8 тыс. руб., в Калужской области 27,1 тыс. руб., а в Белгородской области — 51,5 тыс. руб. (*ФОМС, 2009*). Характерно, что объемы подушевого финансирования здравоохранения в этих регионах если и различаются, то значительно меньше, чем стоимость случая. Вопреки ожиданиям в отношении использования МЭСов сохраняется сильная межрегиональная вариация тарифов, что связано не только с различными экономическими условиями, но и с разными методами формирования тарифов.

Результаты оценки, проведенной *ФОМС*, показали, что фактическая стоимость лечения в 3–13 раз ниже, чем расчетная стоимость по федеральным стандартам (*ФОМС, 2009, табл. 7*). Особенно велик разрыв по затратам на лекарственные средства. Совершенно очевидно, что использование федеральных стандартов для оплаты стационарной помощи в обозримом будущем нереально. Понимая это, многие регионы разработали свои собственные стандарты.

Например, в Калужской области в середине 2008 г. было разработано более 1000 стандартов, они использовались для оплаты некоторых видов стационарной помощи (*Калужский областной ФОМС, 2008*).

Важно отметить, что во всех пилотных регионах оплата по МЭСам используется как вспомогательный метод в дополнение к основному. Например, в *Калининградской области* утвержден 1261 региональный стандарт и еще 871 стандарт находится в стадии утверждения. Как и в других регионах страны, возможности финансового обеспечения этих стандартов в Калининградской области ограничены, поэтому по стандартам сегодня оплачиваются только случаи родовспоможения. Планируется расширить использование данного метода оплаты. Доминирующая часть стационарной помощи оплачивается на основе среднепрофильных тарифов с учетом длительности госпитализации. Тариф на законченный случай лечения конкретного заболевания рассчитывается путем умножения среднепрофильного тарифа на нормативную длительность госпитализации данного случая. Отклонения сроков вверх и вниз взаимно погашаются, но если фактическая длительность лечения оказывается ниже 40% нормативной, то такие случаи подлежат сплошной экспертизе. Как и в других регионах страны, стандарты используются прежде всего для определения нормативной длительности госпитализации (*ГУ-ВШЭ, 2009*).

Несколько шире сфера использования МЭСов в *Нижегородской области*. Здесь стационарная помощь также оплачивается на основе среднепрофильного койкодня с учетом нормативной длительности госпитализации каждого случая. Плюс к этому начиная с января 2009 г. введены тарифы за законченный случай лечения определенных нозологических форм (лапароскопических операций в гинекологии, урологии и общей хирургии, а также микрохирургических офтальмологических операций с имплантацией искусственного хрусталика) (*Хлабутина, 2009*). В *Пермском крае* по МЭСам оплачивается установленный набор хирургических операций. Это дало возможность существенно повысить хирургическую активность и повысить зарплату хирургов. Но и в этом регионе использование МЭСов носит фрагментарный характер. Основная же часть деятельности стационара возмещается по среднепрофильному койкодню.

Из этих примеров ясно, что вопреки замыслу проекта и отчетности по нему *оплата с учетом МЭСов* в изначальном смысле это-

го понятия (оплата стоимости реальных медицинских технологий в разрезе каждого случая) *не получила широкого распространения*. Это не более чем фрагменты в общей системе оплаты. И по-другому быть не могло, учитывая высокую стоимость медицинских технологий, заложенных в стандарты. По той же причине оказалось нереализованным ожидание, что на основе МЭСов регионы смогут формировать свои программы государственных гарантий.

Следует также отметить, что в ходе эксперимента регионы проигнорировали рекомендацию Минздравсоцразвития России использовать коэффициенты, отражающие результаты лечения. Скорее всего, это вызвано тем, что эта задача не нашла отражения в Соглашениях с регионами. К тому же рекомендуемое понимание оплаты за результат требует серьезной доработки.

Тем не менее проведенный эксперимент оказался очень полезным. Во-первых, дан серьезный толчок развитию стандартизации в стране, что является основой формирования систем обеспечения качества медицинской помощи. Во-вторых, накоплена информация для расчета тарифов на основе простых услуг, которая будет использована для решения многих практических задач российского здравоохранения. В-третьих, благодаря использованию МЭСов удалось поощрить некоторые виды стационарной помощи. Нельзя сбрасывать со счетов и методологический урок этого компонента пилотного проекта: стали ясны ограничения метода оплаты по МЭСам. Все большее число организаторов и экономистов здравоохранения осознают, что требуется укрупнение тарифов, причем не просто арифметическое сложение тарифов по стандартам, а качественно иной подход, который известен как *формирование тарифов на основе клинико-статистических групп*.

1.2.3. ФОНДОДЕРЖАНИЕ И СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ВНУТРИ- И МЕЖУЧРЕЖДЕНЧЕСКИХ ВЗАИМОРАСЧЕТОВ

Согласно Соглашениям этот компонент пилотного проекта реализуется в 11 регионах (Белгородская, Владимирская, Калужская, Тверская, Вологодская, Томская, Калининградская, Ленинградская области, Хабаровский край, Республики Чувашия и Татарстан).

Амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) становятся держателями средств не только на собственную деятельность, но и на

другие виды медицинской помощи, оказываемые прикрепленному населению. Для этого вводится подушевой принцип оплаты амбулаторной помощи. В состав норматива подушевого финансирования входят часть расходов на стационарную помощь, консультации специалистов и исследования в других медицинских учреждениях. За основу взят вариант частичного фондодержания, при котором поликлиника несет финансовые риски в ограниченных масштабах.

Ставится также задача довести стимулы до каждого работника амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) на основе построения системы внутриучрежденческих расчетов. Первичное звено становится фондодержателем средств на услуги узких специалистов и внешние потоки пациентов.

Главное ожидание в отношении данного метода оплаты — повысить заинтересованность АПУ в расширении объема оказываемых услуг и обеспечить повышение ответственности за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения. На этой основе планировалось снизить потребность в стационарной помощи и дать толчок для проведения реструктуризации сети медицинских организаций.

При анализе результатов эксперимента с системой фондодержания главным объектом мониторинга является доля учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, внедривших частичное фондодержание, в общем числе учреждений данного типа. Согласно Аналитической справке частичное фондодержание введено в 527 ЛПУ, из них в «стационарах» (наверное, в объединенных больницах) — 464, АПУ — 63. В табл. 9 этой справки выделяется отдельная категория «Амбулаторно-поликлинические отделения, внедрившие фондодержание» (184 отделения). Можно предположить, что это отделения объединенных больниц, внедривших фондодержание. Приводится также число пилотных учреждений, внедривших внутриучрежденческие расчеты, — 93.

Понять из этих данных истинные масштабы фондодержания практически невозможно в силу неясности количественных параметров использования этого метода оплаты (см. параграф 1.1). В Калининградской, Калужской, Томской областях с самого начала был взят курс на универсальное использование метода фондодержания для всех учреждений, оказывающих амбулаторную помощь. В Пермском крае он отрабатывался сначала в четырех самых крупных муниципальных образованиях, а с 1 января 2009 г. был внедрен на всей территории края (*Тришкин, 2009*). В этих реги-

онах есть основания считать все поликлиники фондодержателями, поскольку они контролируют расходы на комплексную амбулаторную помощь, а в Калининградской области — еще и расходы на основную часть стационарной помощи. В то же время нам известны регионы, где фондодержанием считается оплата определенных видов исследований в других учреждениях по направлению поликлиники. В такой ситуации нечеткости критериев фондодержателем может назвать себя каждое учреждение.

Не имея ясной картины реализации данного компонента проекта, можно опереться на региональный опыт. В Калининградской области можно выделить следующие элементы системы фондодержания:

- Поликлиники-фондодержатели контролируют расходы на специализированную амбулаторную и стационарную помощь, оказываемую за пределами учреждения, а также на скорую медицинскую помощь и часть социально значимых видов помощи, предоставляемых в муниципальных учреждениях (используется метод полного фондодержания).
- Норматив подушевого финансирования един для всех АПУ, вне зависимости от сложившихся различий в фактических расходах на единицу медицинской помощи (этот норматив отличается только для детских и взрослых АПУ).
- В большинстве случаев амбулаторно-поликлинические учреждения действуют в рамках объединенных больниц, поэтому из средств фондодержателя оплачиваются только те виды помощи, которые оказываются в других учреждениях.
- Для усиления контроля за необоснованными госпитализациями детские поликлиники-фондодержатели получили право на экспертизу счетов на стационарную помощь.
- Метод фондодержания используется в сочетании с методом оплаты за согласованные (а не фактические) объемы стационарной помощи. Этот подход имеет целью создать двусторонние стимулы к сокращению необоснованных объемов стационарной помощи, когда не только фондодержатель, но и стационар заинтересованы в оптимизации объемов деятельности стационара.
- Для нейтрализации мотивации АПУ к ограничению направлений в стационар введена система массовой медицинской экспертизы случаев лечения силами страховщиков; используются и другие методы защиты прав пациентов.