

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Омельяновский В.В., Авксентьева М.В.,
Железнякова И.А., Игнатьева В.И., Тюрина И.В.**

**Совершенствование систем организации и оплаты
амбулаторной медицинской помощи**

Москва 2018

Аннотация. В настоящее время амбулаторно-поликлиническое звено отечественной системы здравоохранения работает недостаточно эффективно, формируя повышенную нагрузку на более высокие уровни системы. Результатом неудовлетворительной работы первичного звена, в частности, становится перенос в стационарные условия лечения ряда заболеваний и состояний, эффективная медицинская помощь при которых могла быть оказана в амбулаторных условиях.

В работе представлены оценка экономических потерь, вызванных необоснованными госпитализациями, и рекомендации по их предотвращению. Теоретической основой для разработки рекомендаций послужили результаты анализа международного опыта усиления первичного звена и данные опроса экспертов в области отечественного здравоохранения.

At present ambulatory-policlinic institutions of domestic healthcare system works inefficiently thereby forming excessive workload for higher levels of system. The particular result of inefficient work of primary health care level is the transfer to inpatient services the treatment of some diseases and conditions for which effective health care could be provided by outpatient services.

The paper presents estimation of financial losses from unjustified hospital admissions and recommendations for preventing such losses. The recommendations are based on the results of policy of strengthening primary healthcare in foreign countries analysis and the data from experts in domestic health care system survey

Омельяновский В.В. заведующий лабораторией оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Авксентьева М.В. ведущий научный сотрудник лаборатории оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Железнякова И.А. научный сотрудник лаборатории оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Игнатьева В.И. научный сотрудник лаборатории оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Тюрина И.В. научный сотрудник лаборатории оценки технологий в здравоохранении ИПЭИ Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2017 год

Содержание

СОДЕРЖАНИЕ	3
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	5
ВВЕДЕНИЕ	6
1 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СИСТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАНАХ	11
1.1 <i>Ключевые направления развития систем организации амбулаторной медицинской помощи</i>	11
1.2 <i>Системы оплаты амбулаторной медицинской помощи</i>	21
2 АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР СИСТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	27
2.1 <i>Аналитический обзор нормативно-правовых документов, регламентирующих систему организации амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации, а также соответствующих методических материалов</i>	27
2.2 <i>Аналитический обзор нормативно-правовых документов, регламентирующих систему оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации, а также соответствующих методических материалов</i>	29
3 РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА ЭКСПЕРТОВ В РАМКАХ РАБОТЫ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	32
4 ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ОПТИМИЗАЦИИ СИСТЕМ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ С УЧЕТОМ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА ЭКСПЕРТОВ	34
5 МОДЕЛИРОВАНИЕ ПРЕДЛАГАЕМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СФЕРЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ОПЛАТЫ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	36
5.1 <i>Построение модели</i>	36
5.2 <i>Результаты оценки модели</i>	39
6 ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО НОРМАТИВНО-ПРАВОВОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ПРЕДЛАГАЕМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ.....	46

<i>6.1 Перенос случаев лечения из круглосуточного стационара в условия дневного стационара и амбулаторные условия</i>	46
<i>6.2 Реализация изменения соотношения врачей, среднего и младшего медицинского персонала</i>	47
<i>6.3 Развитие лекарственного обеспечения пациентов в амбулаторных условиях</i>	49
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	52
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	58

Обозначения и сокращения

ВВП	Валовой внутренний продукт
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
КСГ	Клинико-статистическая группа
МКБ-10	Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ОМС	Обязательное медицинское страхование
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЭКГ	Электрокардиография

Введение

Укрепление первичного сектора стало одной из важнейших тенденций реформирования развитых систем здравоохранения в конце XX – начале XXI вв. Некоторые исследователи (в частности, представители Всемирной организации здравоохранения, далее - ВОЗ) рассматривают произошедшие изменения как переход к принципиально новой модели организации гарантированного медицинского обеспечения, центральным звеном которой стала первичная медико-санитарная помощь [1]

Понятие первичной медико-санитарной помощи или первичного сектора здравоохранения (англ. primary healthcare) до настоящего момента не получило единого определения. Согласно наиболее распространенному на сегодня подходу первичный сектор представляет собой первый уровень профессиональной медицинской помощи, в рамках которого происходит начальный контакт пациента с официальной системой здравоохранения¹ [2-5]. Обычно к первичному сектору относят деятельность врачей первичного контакта (врачей общей практики или семейных врачей) и ассистирующего им среднего медицинского и вспомогательного персонала, реже – отдельных врачей-специалистов (например, гинекологов, окулистов, стоматологов и т.д.), к которым пациент может обратиться напрямую без получения предварительного направления у иных медицинских специалистов. Конкретный набор специальностей, относимых к первичному сектору, может значительно различаться между странами и временными периодами внутри одной страны в зависимости от выбранной политики регулирования доступа к услугам здравоохранения. Так, в частности, в России, законодательство допускает участие в оказании первичной медико-санитарной помощи врачей-специалистов, в т.ч. участвующих в оказании специализированной медицинской помощи [6].

Специфическими характеристиками первичного сектора являются [3,4]:

- наиболее высокий уровень доступности услуг. Доступность первичной медицинской помощи часто дополнительно гарантируется территориальным принципом организации, минимизацией финансовых и административных барьеров при обращении (например, исключением участия пациента в оплате, отсутствием обязательной предварительной записи);

¹ В противовес неформальной системе здравоохранения, включающей самопомощь и помощь родных и близких, услуги традиционных лекарей [5].

- долгосрочный характер взаимодействия пациента и лечащего врача. В ряде стран непрерывность первичной медицинской помощи обеспечивается обязательным прикреплением пациента к конкретному поставщику, однако, наличие долгосрочных связей между врачами первичного сектора и пациента отмечается даже в тех странах, где формальные ограничения на выбор поставщика отсутствуют²;

- целостное восприятие пациента и его медицинских проблем. Помощь в рамках первичного сектора обычно ориентирована на выявление и локализацию проблем на основе анализа состояния пациента в целом, в отличие от специализированной медицинской помощи, действующей в пределах отдельных областей;

- ограниченность квалификации специалистов и условий оказания медицинской помощи. Для первичного сектора характерны преобладание специалистов общей практики и оказание помощи в амбулаторных условиях, что накладывает ограничения на возможности использования сложных медицинских технологий, но одновременно обеспечивает меньшую себестоимость оказания услуг по сравнению со специализированной медицинской помощью.

Преимущества первичного сектора (доступность помощи, относительно низкая стоимость услуг, возможность управления маршрутом пациента с первого обращения) приобрели особое значение в последней трети XX в. – начале XXI в., когда развитые страны столкнулись с кризисом систем массового медицинского обеспечения населения, вызванного опережающим ростом спроса на медицинскую помощь (вследствие старения населения, смещения заболеваемости от острых инфекционных заболеваний к хроническим неинфекционным заболеваниям, требующим регулярной помощи, роста ценности здоровья) и стоимости медицинских технологий. В этой ситуации выделенные ранее преимущества первичного сектора приобрели особое значение.

Расположение амбулаторного сектора и, в частности, первичной медико-санитарной помощи в исходной точке взаимодействия пациента с системой здравоохранения делает врачей первичного звена наиболее подходящим субъектом для управления доступом к более высоким уровням медицинской помощи и

² По оценкам экспертов доля населения, обращающегося при возникновении проблем со здоровьем, к постоянному поставщику первичной помощи, в странах Европы (в т.ч. со свободным доступом к узким специалистам) составляет от 65 до 98% [3].

координации лечения. Относительно более низкая стоимость оказания услуг в амбулаторных условиях и в особенности в условиях общей практики позволяет снизить расходы на гарантированное медицинское обеспечение путем понижения уровня лечения наиболее простых и распространенных заболеваний, включая перевод услуг из стационарных в амбулаторные условия, из услуг, оказываемых врачами-специалистами, в услуги, оказываемые врачами первичного контакта - врачами общей практики и семейными врачами [4].

Современные исследования сравнительной эффективности систем здравоохранения, основанных на приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи, по сравнению с предшествующей практикой преимущественной поддержки специализированной медицинской помощи показали многочисленные преимущества новой модели, в т.ч. [2]:

- лучшие базовые показатели здоровья населения (включая общую смертность, общую преждевременную смертность, преждевременную смертность от основных болезней органов дыхания и сердечно-сосудистых заболеваний). Преимущество в достигнутом уровне здоровья населения сохраняется также при учете внешних (уровень ВВП и уровень доходов на душу населения, доля пожилого населения, потребление алкоголя и табака) и внутренних факторов эффективности системы здравоохранения (обеспеченность врачами, число обращений за амбулаторной медицинской помощью);
- более высокую степень удовлетворенности населения деятельностью системы здравоохранения;
- меньший суммарный объем затрат на оказание медицинской помощи;
- меньшее неравенство в уровне доступа к медицинской помощи и лучшую защиту доступности медицинской помощи для населения с низким доходом.

В отличие от большинства развитых стран в России в рассматриваемый период наблюдались обратные процессы ослабления первичного звена.

Впервые ключевая роль первичного звена в обеспечении эффективного функционирования массового здравоохранения в России была признана уже на этапе формирования земской медицины во второй половине XIX в. – начале XX в. и в дальнейшем получила развитие в рамках ранней советской модели Семашко. На организационном уровне понимание важности первичного звена для здоровья населения нашло отражение в территориальном принципе организации первичной медико-санитарной помощи, гарантировавшем ее доступность для населения,

наделении врачей первичного звена расширенными полномочиями в области охраны здоровья и мониторинге здоровья прикрепленного населения.

Однако, на практике к 1970-м гг. в здравоохранении Советского Союза произошла фактическая смена модели с замещением первоначального принципа ключевой роли участкового врача приоритетом специализированной, в первую очередь стационарной медицинской помощи [8]. Ориентация на приоритетное развитие специализированной, в т.ч. стационарной медицинской помощи привела к сокращению финансирования первичной медико-санитарной помощи и, как следствие, дефициту необходимого оснащения учреждений первичной медико-санитарной помощи, а также снижению привлекательности статуса участкового врача для высококвалифицированных медицинских специалистов. Результатом стал глубокий кризис первичного звена здравоохранения с фактической утратой участковыми врачами самостоятельных функций по охране здоровья и лечению прикрепленного населения (в т.ч. осуществлению координации в ходе комплексного лечения) за исключением наиболее простых распространенных заболеваний.

Низкий статус первичного сектора создал предпосылки к передаче услуг на более высокие уровни оказания медицинской помощи. Низкая привлекательность первичного сектора для врачей в условиях приоритета специализированной медицинской помощи способствовала негативному отбору специалистов с недостаточными уровнями мотивации и квалификации для расширения и даже сохранения набора услуг первичного звена. Приоритетное развитие специализированной помощи также создавало трудности для полноценного оснащения амбулаторных практик, необходимого для переноса на уровень первичного звена услуг более высоких уровней. Одновременно, низкий уровень квалификации персонала и недостаточная материально-техническая оснащенность создавали дополнительные предпосылки для формирования недоверия пациента к первичной медико-санитарной помощи. При свободном доступе к услугам высоких уровней пациент мог предпочитать обращаться к поставщику специализированной медицинской помощи даже в том случае, если объективные клинические показания к получению помощи отсутствовали или допускали лечение на более низких уровнях системы здравоохранения.

Попытки пересмотра роли первичного сектора предпринимались уже в поздний советский период в ходе пилотного проекта по введению «нового хозяйственного механизма» (г. Ленинград, Кемеровская и Куйбышевская области,

1988 г.), эксперимента по расширению функций врачей первичного контакта (приказом Минздрава СССР от 18 декабря 1987 г. №1284 «О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики»), однако вскоре были прерваны по экономическим причинам. Последующие попытки расширения функций первичного сектора в российской практике также не получили массового распространения [7]. В результате первичный сектор продолжает оставаться слабым звеном отечественного здравоохранения, формирующим повышенную, часто необоснованную нагрузку на последующие уровни оказания медицинской помощи.

1 Аналитический обзор систем организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в зарубежных странах

1.1 Ключевые направления развития систем организации амбулаторной медицинской помощи

На основе проведенного анализа обобщенных методических рекомендаций и работ, посвященных исследованию практического опыта отдельных стран, были выделены следующие основные направления политики усиления первичного сектора:

- расширение медицинских функций;
- введение модели диспетчера;
- совершенствование кадрового обеспечения

1.1.1 Расширение медицинских функций

Расширение медицинских функций первичного сектора представляет собой частный случай более широкого процесса замещения в здравоохранении, под которым принято понимать постоянное перераспределение ресурсов между различными уровнями и внутри уровней системы здравоохранения в целях поиска наиболее оптимальных и экономичных решений с учетом меняющихся требований к оказанию помощи и спроса со стороны населения [1]. Первичный сектор участвует в процессе замещения одновременно как получатель и донор полномочий.

Наиболее широкое распространение в рамках процесса замещения получила передача первичному сектору отдельных услуг специализированной медицинской помощи, включая передачу из стационарных в амбулаторные условия (например, гемодиализ) и из услуг, оказываемых врачами-специалистами в услуги врачей первичного контакта (например, расшифровка результатов ультразвуковых исследований). Базовой предпосылкой для развития данных направлений стало развитие технологий специализированной медицинской помощи в части снижения требований к условиям оказания медицинской помощи и квалификации медицинского персонала. Во многих случаях дополнительными условиями реализации процесса замещения являются проведение обучения медицинского персонала и/или дооснащение практик, но даже с учетом данных расходов передача услуг на уровень первичного сектора обычно сохраняет экономическую эффективность.

Для ряда стран Центральной и Восточной Европы (Болгария, Эстония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния) важной составляющей политики усиления первичного сектора в целом и, в частности, расширения его медицинских функций стал переход от организации первичной медицинской помощи на основе системы участковых терапевтов к модели семейного врача. Новыми функциями семейного врача (врача общей практики) по сравнению с ранее действовавшими участковыми терапевтами обычно становились оказание медицинской помощи детям, предоставление отдельных услуг в области планирования семьи, ведения беременности и патронажа новорожденных, амбулаторной хирургии, диагностических услуг (анализы крови, ЭКГ) и интерпретации лабораторных анализов и исследований (рентген-снимков, ультразвуковых исследований и т.д.) [9].

В тематическом докладе Европейского регионального бюро ВОЗ отмечено, что многочисленные исследования частных случаев переноса услуг специализированной медицинской помощи в первичный сектор здравоохранения, не выявили значимых различий в качестве помощи и показателях здоровья пациентов. Более того, перенос услуг в первичный сектор обладает дополнительными положительными эффектами, включая улучшение непрерывности и преемственности медицинской помощи, а также повышение доступности перенесенных услуг [2].

Расширение медицинских функций первичного сектора позволяет сократить долю обращений за специализированной медицинской помощью. В ряде стран с наиболее развитой политикой замещения (Дании, Исландии, Испании, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Финляндии, Швейцарии) врач первичного контакта самостоятельно завершает более 90% случаев без перенаправления к иным специалистам, тогда как в странах с сильными традициями приоритета специализированной медицинской помощи менее 80% (Австрия, Германия, Литва, Латвия, Румыния, Словакия) [8].

Первичный сектор также участвует в процессах замещения внутри сектора и в передаче собственных функций на более низкие уровни помощи. Процессы замещения внутри первичного сектора включают в себя [1]:

- передачу оказания услуг врачей-специалистов - врачам общей практики или семейным врачам (в том случае, если врачи-специалисты входят в состав первичного сектора – например, проверка зрения);

- передачу оказания услуг врачей - среднему медицинскому персоналу (например, санитарное просвещение, ведение хронических больных);

- перенос оказания услуг из медицинских организаций первичного сектора - в аптеки ³, организации социальной помощи, на дом (например, консультации фармацевтов, патронажное наблюдение хронических больных, самостоятельный контроль артериального давления).

Участие первичного сектора в процессах замещения на различных уровнях тесно взаимосвязано. Увеличение нагрузки на врачей первичного сектора при передаче им дополнительных медицинских функций, в случае врачей первичного контакта – часто также функций диспетчера потребовало соответствующего снижения объемов работы за счет более простых услуг, переданных среднему медицинскому персоналу или социальным работникам.

Передача функций врачей первичного сектора на более низкие уровни в большинстве стран столкнулась с трудностями, вызванными недостаточным уровнем квалификации среднего медицинского и вспомогательного персонала. В результате в большинстве европейских стран самостоятельные медицинские функции среднего медицинского персонала отсутствуют или редки (Австрия, Бельгия, Болгария, Германия, Греция, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Латвия, Люксембург, Словакия, Франция, Чехия, Швейцария, Эстония). В некоторых странах начат процесс формирования самостоятельных полномочий медицинских сестер первичного сектора. Как правило, отправной точкой расширения полномочий среднего медицинского персонала становится передача функций по санитарному просвещению (Дания, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словения) [8].

Активная роль среднего медицинского персонала характерна для Великобритании, Испании, Нидерландов, Норвегии, Португалии, Турции, Финляндии, Швеции. В данных странах медицинские сестры первичного сектора наряду с санитарным просвещением также предоставляют отдельные самостоятельные медицинские услуги, в число которых могут входить вакцинация, ведение беременности и патронаж новорожденных, медицинские осмотры детей и помощь в школах, ведение хронических больных, назначение ограниченного перечня лекарственных средств, доврачебный прием больных. В Великобритании результатом проведения активной политики замещения на уровне среднего медицинского

³ В большинстве развитых стран деятельность аптечных фармацевтов относят к первичному сектору здравоохранения.

персонала стало увеличение в 1995-2006 гг. доли консультаций, проведенных медсестрами с 21 до 34% [8].

Передача медицинских функций на уровень социальной помощи на сегодня не получила широкого распространения и, как правило, ограничивается незначительным взаимодействием с социальными работниками в рамках оказания психиатрической помощи [8].

Основным инструментом прямого регулирования процессов замещения служат законодательные и иные общеобязательные нормы, регулирующие обязанности и полномочия специалистов первичного сектора. Прямое регулирование, в частности, активно использовалось странами Центральной и Восточной Европы при введении специальности семейного врача. Как правило, переход к модели семейного врача предполагал законодательное установление полномочий новой категории специалистов, требований к подготовке новых и переподготовке действующих специалистов, продолжительность переходного периода, в течение которого специалисты, не прошедшие переподготовку, сохраняли право на осуществление медицинской деятельности.

Тем не менее, прямое регулирование не всегда позволяет провести расширение функций, требующее значительных вложений в обучение и основные фонды. Так, например, в Болгарии к концу официально установленного пятилетнего переходного периода переподготовку прошли только четверть действующих врачей, тогда как в Эстонии к концу переходного периода переподготовка была завершена практически полностью, в Латвии – 94% действующих врачей [8]. Кроме того, при формальном наличии полномочий для оказания услуги, но отсутствии заинтересованности в ее самостоятельном оказании врач может уклоняться от выполнения новых переданных функций, перенаправляя пациента на более высокие уровни. Как следствие, прямое регулирование часто дополняется механизмами косвенного экономического стимулирования (например, оплатой по объему услуг, повышенными тарифами на оказание переданных услуг специализированной медицинской помощи, наиболее эффективных или дефицитных услуг).

1.1.2 Введение модели диспетчера

Модель диспетчера (англ. gatekeeping, в русскоязычной литературе также встречаются термины модель привратника или сторожевая модель) представляет

собой механизм управления доступом к медицинской помощи, предполагающий передачу принятия решений о предоставлении доступа специальной уполномоченному субъекту – диспетчеру. В роли диспетчера может выступать врач первичного контакта (семейный врач или врач общей практики), иной медицинский (врачи-специалисты, средний медицинский персонал) или немедицинский персонал (например, представители страховой компании, работники колл-центра).

Основными функциями модели диспетчера в системе здравоохранения являются [4]:

- ограничение потребления высокоуровневой медицинской помощи;
- улучшение качества медицинской помощи за счет более точного выявления потребностей пациента и координации последующего комплексного лечения.

Существует большое число частных эмпирических исследований влияния модели диспетчера на потребление медицинской помощи и здоровье населения на примере отдельных программ медицинского обеспечения. Наиболее обширный сводный анализ работ такого рода выделяет следующие устойчивые характеристики модели (по сравнению с моделью свободного доступа) [9]:

- отсутствие статистически значимой разницы в показателях здоровья населения (заболеваемость, смертность, качество жизни);
- неоднородные результаты в области качества медицинской помощи, включающие отсутствие изменений, улучшение или ухудшение показателей в зависимости от анализируемого вида услуг;
- более низкий уровень потребления медицинской помощи (меньшее число госпитализаций и амбулаторных посещений врачей-специалистов, часто - амбулаторных посещений в целом, обращений в отделения экстренной помощи, сокращение средней длительности госпитализации);
- (в большинстве случаев) более низкий уровень расходов на медицинскую помощь;
- более низкую удовлетворенность населения услугами здравоохранения.

Таким образом, имеющиеся эмпирические исследования в целом подтверждают эффективность модели диспетчера в обеспечении сдерживания расходов. Следует отметить, что большинство таких исследований не учитывают влияние важных внешних факторов (например, социодемографические и медицинские характеристики пациентов, наличие иных различий между анализируемыми моделями (например, в методах оплаты, доступности поставщиков

и отдельных видов услуг, механизмов контроля и т.д.), не затрагивают проблемы сокращения потребления необходимой помощи. Эмпирические исследования обычно также не затрагивают эффективность диспетчера как координатора комплексного лечения.

Однако, даже ограниченное подтверждение эффективности модели диспетчера как инструмента сдерживания расходов стало важным фактором ее распространения в системах здравоохранения развитых стран. На 2009/2010 гг. модель диспетчера применялась в большинстве стран Европы, в т.ч. [8]:

- в «жесткой» форме (с обязательным получением направления для всех видов медицинской помощи кроме экстренной): в Болгарии, Великобритании, Испании, Италии, Литве, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Румынии, Словении, Финляндии;

- в «мягкой» форме (с сохранением свободного доступа к отдельным врачам-специалистам): в Венгрии, Дании, Исландии, Латвии, Польше, Словакии, Чехии, Швеции, Эстонии.

Модель свободного доступа к специализированной медицинской помощи формально сохраняется в Австрии, Бельгии, Люксембурге, Германии, Греции, Турции, Франции, Швейцарии и на Кипре).

Выбор между моделью диспетчера и моделью свободного доступа во многом определяется историческими традициями системы здравоохранения. В бюджетных системах здравоохранения развитых стран модель диспетчера, как правило, была введена уже при первоначальном формировании системы в целях сохранения государством контроля над объемом спроса и предотвращения необоснованных обращений за дорогостоящими услугами.

Для развитых страховых систем здравоохранения, где медицинская помощь оказывается полностью или преимущественно независимыми негосударственными поставщиками, модель диспетчера исторически не характерна (за исключением Нидерландов), и ее введение обычно сталкивается с активным противодействием врачебных ассоциаций и пациентов. В результате большинство стран, ранее использовавших модель свободного доступа, остановились на введении модели диспетчера в «мягкой» форме или предоставлении населению добровольного выбора между традиционной моделью свободного доступа и моделью диспетчера, регулирование которого осуществляется косвенными стимулами. Набор используемых стимулов и степень их жесткости значительно различается между

странами, но, как правило, включает в себя стимулы для пациентов и врачей первичного контакта, а также санкции для пациентов при отклонении от рекомендованной маршрутизации.

В частности, в Германии при введении в 2004 г. обязательства фондов ОМС предлагать альтернативные страховые планы, основанные на модели диспетчера, набор стимулов для пациентов включал: снижение на 50% соплатежей за обращение к семейному врачу (до их отмены в 2012 г.), отмену соплатежей за отдельные лекарственные препараты по назначению семейного врача, сокращение сроков ожидания приема семейного врача и возможность обращения за помощью вне стандартных рабочих часов, помощь при назначении приемов врачей-специалистов. Контроль соблюдения правил модели и санкции за прямое обращение к врачу-специалисту реформой не предусматривались. Для врачей в качестве основного стимула предлагался переход от оплаты по услугам к финансированию преимущественно по подушевому нормативу, что позволяло повысить стабильность дохода [10,11]. Тем не менее, предложенных бонусов оказалось недостаточно для распространения модели. По состоянию на конец 2014 г. держателями страховых планов, основанных на модели диспетчера, оставались примерно 5% населения [11].

В Швейцарии альтернативные страховые планы разрабатываются страховыми компаниями самостоятельно и могут включать различные механизмы управления доступом и наборы бонусов. Так, степень ограничения свободы выбора поставщика пациентом в предлагаемых планах колеблется от обязательного следования установленной маршрутизации до самостоятельного выбора поставщика из установленного страховой компанией перечня. В роли диспетчера может выступать постоянный врач первичного контакта, врач из установленного перечня или специалист колл-центра. Основным стимулом для выбора альтернативных планов является снижение ставки страховых взносов по сравнению со стандартными страховками. Сочетание гибкого выбора условий модели диспетчера и существенного экономического стимулирования стали основными факторами быстрого роста доли держателей альтернативных страховых планов (по данным на конец 2014 г. - почти 60% населения) [12].

Наиболее жесткое регулирование выбора модели диспетчера было применено во Франции, где предложение альтернативных страховых планов сопровождалось введением значительных санкций для пациентов, предпочитающих свободный доступ. Реформа 2004 г. сохранила формально добровольный характер получения

направления диспетчера для обращения за специализированной помощью, но установила повышенный уровень участия пациента в оплате при прямом обращении к врачу-специалисту (первоначально на 20%, с 2009 г. – на 40%) и разрешила врачам взимать дополнительные платежи. Одновременно была фактически запрещена продажа дополняющего ДМС, покрывающих повышенную ставку участия в оплате. Доход страховых компаний от продажи таких планов был обложен дополнительными 7% налога, что сделало их нерентабельными и привело к полному выводу с рынка [13]. В результате уже после первого года реформы доля населения, выбравшего модель диспетчера, составила 81% [14].

1.1.3 Совершенствование кадрового обеспечения

Обеспечение исполнения новых функций первичного сектора потребовало совершенствования его кадрового обеспечения, включая улучшение как непосредственно обеспеченности населения медицинским персоналом, так и уровня его квалификации. Однако, на практике кадровое обеспечение в большинстве стран остается недостаточным для исполнения поставленных задач усиления первичного сектора.

В большинстве стран Европы уже сегодня существует дефицит врачей первичного сектора на уровне отдельных территорий. Полная обеспеченность врачами в соответствии с национальными нормами отмечена только в Австрии, Исландии, Испании и Польше, общегосударственный дефицит - на Кипре и Мальте, в Финляндии, Словакии, Швеции, Турции. Ожидается, что большинство развитых стран в среднесрочной перспективе столкнутся с общегосударственным дефицитом кадров первичного сектора, вызванным недостаточным замещением когорты действующих врачей новыми поколениями молодых специалистов. Средний возраст врачей общей практики в большинстве стран составляет от 45 до 55 лет, в ряде стран (Кипр, Испания, Италия, Норвегия, Чехия, Швеция) более половины врачей общей практики старше 55 лет. Во многих странах, где ожидается кадровый кризис, специальность врача общей практики для постдипломного образования выбирает лишь порядка 10% выпускников (например, в Венгрии, Германии, Словакия, Чехия) [3,8].

Низкая привлекательность сектора для специалистов оказывает негативное влияние не только на доступность медицинской помощи, но также на требования к

уровню квалификации. В некоторых странах (в частности, в Венгрии, на Кипре, в Финляндии) при дефиците врачей первичного контакта на территории допускается принятие на работу выпускников, не прошедших постдипломную специализацию в области семейной медицины. В ряде развитых стран (например, Австрия, Бельгия, Люксембург) для врачей первичного сектора остается необязательным непрерывное профессиональное образование. В восьми европейских странах (Болгария, Греция, Латвия, Люксембург, Норвегия, Словакия, Франция, Чехия) полностью отсутствуют специализированные программы подготовки среднего медицинского персонала для первичного сектора в качестве ассистента врача общей практики или патронажной участковой медсестры.

Основной предпосылкой проблем кадрового обеспечения остается относительно низкий профессиональный статус специалистов первичного сектора. Несмотря на формальное декларирование усиления первичного сектора во многих странах фактически сохраняется приоритет специализированной медицинской помощи, что находит отражение в лучшем ресурсном обеспечении второго и третьего уровней системы здравоохранения [2]. Данные Европейского мониторинга деятельности первичного сектора показывают, что в подавляющем большинстве европейских стран при сопоставимом опыте работы врачи-специалисты получают значительно больший доход по сравнению с врачами первичного сектора. Исключение составляет незначительное число стран, где врачи оплачиваются в соответствии с единой тарифной сеткой оплаты труда государственных служащих, но во всех таких странах официальная оплата труда рассматривается как недостаточная. Еще более низкий доход характерен для среднего медицинского персонала первичного сектора [3,8].

Несмотря на широкое распространение кадровых проблем примеры комплексной политики, направленной на изменение профессионального статуса специалистов первичного сектора, на сегодня отсутствуют. Большинство стран ограничиваются принятием отдельных мер для предотвращения острых кадровых кризисов. В области обеспечения подготовки достаточного числа новых специалистов мерами прямого регулирования являются [8]:

- обязательное обучение по специальности врача общей практики до получения узкой специализации (Австрия). Поскольку непрерывное профессиональное образование в Австрии является необязательным, врач, завершивший обучение в т.ч. по узкой

специализации, вправе вернуться на работу в первичный сектор на любом этапе карьеры;

- нормирование числа мест для постдипломного обучения по отдельным специальностям на уровне государства и регионов (Италия, Франция). Места распределяются по рейтингу учащихся, выпускники, не прошедшие отбор на выбранные специализации, вынуждены выбирать менее популярные специальности первичного сектора.

Прямое регулирование территориального распределения специалистов применяется [8]:

- в форме распределения молодых специалистов с обязательной отработкой на установленной территории – на Кипре, в Испании и Латвии;

- в форме заключения договоров на оплату медицинской помощи только с практиками, включенными в централизованный план (Эстония, Франция – для среднего медицинского персонала [13]).

Для привлечения врачей в удаленные и труднодоступные местности часто применяются косвенные экономические стимулы, включающие установление повышенных тарифов (Румыния, Турция, Франция), фиксированные дополнительные выплаты (Латвия), предоставление материально-технического обеспечения на льготных условиях (Швейцария). Косвенным механизмом регулирования обеспеченности врачами также может выступать приостановление выдачи разрешений на осуществление медицинской деятельности на территориях с избытком медицинских мощностей или по специальностям, для которых наблюдается такой избыток (Швейцария) [8,12].

Регулирование непрерывного профессионального образования также может осуществляться прямыми (при установлении обязательного образования) или косвенными мерами. Распространенной косвенной мерой стимулирования добровольного профессионального образования является изменение уровня тарифов на оплату медицинской помощи при прохождении необходимого набора образовательных программ, участия в экспертных взаимопроверках или сдаче экзамена (Бельгия, Испания, Румыния). Прохождение добровольной аккредитации также может учитываться в рамках оплаты за результат (Нидерланды) [8].

1.2 Системы оплаты амбулаторной медицинской помощи

1.2.1 Методы оплаты амбулаторной медицинской помощи

Оплата медицинской помощи представляет собой один из этапов более обширного процесса закупки медицинской помощи, в ходе которого осуществляется расчет причитающихся сумм и фактическое распределение средств между поставщиками. Система оплаты медицинской помощи является одним из важнейших инструментов регулирования деятельности поставщиков путем создания экономических стимулов к выбору определенной стратегии поведения (например, видов и объемов предоставляемых услуг, объемов инвестиций в основные фонды, частоты направлений к смежным поставщикам, следования определенным клиническим рекомендациям и т.д.).

В широком смысле система оплаты медицинской помощи может быть определена как сочетание используемых методов оплаты и механизмов обеспечения их применения. К основным механизмам обеспечения применения методов оплаты относят, в частности, механизмы юридического оформления взаимодействия участников (например, контракты между покупателем и поставщиком медицинской помощи), информационного обмена (например, требования к официальной отчетности), ответственности участников (например, порядок применения штрафных санкций за неисполнение условий контракта). В узком смысле система оплаты медицинской помощи определяется как механизм, используемый для передачи средств от покупателя к поставщику медицинских услуг [15].

Стимулы, создаваемые системой оплаты, определяются характеристиками используемых методов оплаты. К наиболее распространенным методам оплаты амбулаторной медицинской помощи относят [15]:

- сметное финансирование;
- оплату за услугу;
- оплату по подушевому нормативу.

В редких случаях амбулаторная медицинская помощь может также оплачиваться по законченному случаю, но его использование в случае амбулаторной помощи и в особенности первичной медико-санитарной помощи осложняется наличием большого числа специфических услуг, не соответствующих критериям законченного случая (консультации по ведению здорового образа жизни,

профилактические меры, координирование лечения, наблюдение хронических больных) [15].

Несмотря на то что число распространенных базовых методов оплаты относительно невелико их единая классификация на сегодня отсутствует. В значительной степени эта ситуация объясняется тем, что существующие методы оплаты фактически представляют собой не жестко изолированные наборы элементов, а достаточно гибкие структуры, допускающие изменения отдельных характеристик вплоть до трансформации в смежные методы. В результате описание и анализ создаваемых экономических стимулов для конкретных методов оплаты часто удобнее производить на основе обзора выбранных ключевых характеристик [16].

Существующие авторские классификации выделяют различные наборы характеристик используемых методов оплаты, к наиболее важным среди которых следует отнести [16]:

- основание определения размера оплаты (затраченные ресурсы или достигнутый результат);
- порядок определения размера оплаты (перспективный или ретроспективный);
- порядок осуществления оплаты (перспективный или ретроспективный).

Кроме того, для детализированного описания методов оплаты часто используются такие параметры как:

- характер оплаты (базовая или инкрементальная);
- единица оплаты;
- уровень агрегирования единицы оплаты;
- тип оплаты (в фиксированной сумме или по объему деятельности).

Базовые характеристики основных методов оплаты, принятые по умолчанию, приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Базовые характеристики основных методов оплаты амбулаторной медицинской помощи

Метод оплаты	Основание определения размера оплаты	Установление размера оплаты	Получение платежа	Создаваемые стимулы для поставщика
Сметное финансирование	Затраты	Перспективно	Перспективно	Сокращение объема предоставляемых услуг, перенаправление пациентов к другим поставщикам, наращивание потребления ресурсов (без повышения эффективности использования), расходование остатка средств на конец периода
Оплата за услугу (по преискуранту)	Результаты	Перспективно	Ретроспективно	Увеличение объема предоставляемых услуг (в т.ч. сверх необходимого), повышение эффективности использования ресурсов в пересчете на услугу
Оплата за услугу (без преискуранта)	Затраты	Ретроспективно	Ретроспективно	Увеличение объема предоставляемых услуг (в т.ч. сверх необходимого), наращивание потребления ресурсов (без повышения эффективности использования)
Оплата по подушевому нормативу	Результаты	Перспективно	Перспективно	Повышение эффективности использования ресурсов, привлечение потребителей (с риском негативного отбора, т.е. отбора наиболее здорового населения), сокращение потребления ресурсов, сокращение объема предоставляемых услуг, перенаправление к другим поставщикам, заинтересованность в продвижении здорового образа жизни и профилактике заболеваний
Оплата по законченному случаю	Результаты	Перспективно	Ретроспективно	Увеличение объема законченных случаев (в т.ч. без реальной медицинской необходимости), повышение эффективности использования ресурсов в пересчете на случай, сокращение продолжительности лечения
Глобальный бюджет	Затраты или результаты	Перспективно	Перспективно	Сокращение объема оказываемых услуг, перенаправление к другим поставщикам, в зависимости от основания оплаты - наращивание потребления ресурсов или повышение эффективности их использования
Примечание - Источник: [15].				

Следует учитывать, что большинство представленных в таблице 1 методов допускают изменение отдельных характеристик, что на практике приводит к большому разнообразию реально используемых методов. Кроме того, система оплаты медицинской помощи, как правило, предполагает одновременное использование нескольких методов для достижения различных целей.

1.2.2 Системы оплаты амбулаторной медицинской помощи в зарубежных странах

Выбор и соотношение методов оплаты амбулаторной медицинской помощи в различных странах может существенно различаться в зависимости от традиций и текущих целей государственной политики в сфере здравоохранения.

В частности, в европейских странах, где персонал первичного сектора преимущественно является наемными работниками медицинских центров, управляемых муниципальными, региональными или государственными органами власти (Исландия, Испания, Литва, Польша, Португалия, Словения, Финляндия, Швеция), оплата труда чаще всего принимает форму фиксированной заработной платы. Заработная плата врачей, работающих по найму, включает переменную составляющую, определяемую с учетом численности обслуживаемого населения и достижения установленных показателей результата, лишь в нескольких странах: Великобритания, Исландия, Испания, Латвия, Литва, Словения, Финляндия.

В странах, где врачи общей практики (семейные врачи) представлены преимущественно самозанятыми специалистами (Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Ирландия, Италия, Латвия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Румыния, Словакия, Турция, Швейцария, Чехия, Эстония), оплата их услуг чаще всего принимает форму сочетания подушевого финансирования на прикрепленное население и оплаты за услугу и/или дополнительных выплат за отдельные виды деятельности (для оказания услуг или видов деятельности, расширение которых государство стремится стимулировать) [8].

Результаты Европейского мониторинга первичной медико-санитарной помощи позволяют выявить несколько распространенных тенденций в выборе и сочетании методов оплаты, включая [3,8]:

- сокращение применения оплаты за услугу;

- переход к подушевому нормативу в качестве основного метода оплаты, в т.ч. для врачей, работающих по найму, часто в сочетании с установлением переменного размера норматива в зависимости от характеристик деятельности врача;
- расширение использования оплаты за результат и доплат за осуществление конкретных видов деятельности.

Применение оплаты за услугу в чистом виде характерно преимущественно для частного сектора. В качестве основного метода оплаты гарантированной медицинской помощи оплата за услугу сохраняется во Франции (дополненная иными методами) и Швейцарии.

Выбор в качестве основного метода оплаты по подушевому нормативу призван обеспечить заинтересованность врача в максимальном удовлетворении потребностей пациентов одновременно с исключением стимулов к предоставлению избыточного объема услуг. В целях дополнительного регулирования деятельности врача размер подушевого норматива часто учитывает не только объективные характеристики пациента (пол, возраст, место проживания), но также и характеристики практики.

В Германии повышенный размер подушевого норматива устанавливается для пациентов, прикрепленных к врачу первичного звена на условиях модели врача-диспетчера. В результате подушевой норматив становится основным методом оплаты, гарантирующим врачу повышенную устойчивость дохода по сравнению с традиционной оплатой преимущественно по объему оказанных услуг, что создает стимул для врача к выбору модели диспетчера. В то же время, для восстановления стимулов к оказанию наиболее эффективных или социально значимых услуг (профилактические меры, амбулаторная хирургия, лечения психосоматических состояний) для них сохраняется оплата за услугу. Сохранение оплаты за услугу для наиболее эффективных или социально значимых услуг (прежде всего профилактических мер, услуг, замещающих специализированную помощь, в т.ч. услуг амбулаторной хирургии) свойственно большинству стран, применяющих подушевой норматив (Болгария, Венгрия, Дания, Италия, Латвия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Словакия, Словения, Турция, Чехия).

Во многих странах размер подушевого норматива также зависит от расположения практики и квалификации врача (например, Венгрия, Румыния). Дифференциация тарифа в зависимости от квалификации врача в Румынии может

составлять от -10% (при неудовлетворительном результате профессионального экзамена) до +20% (для наиболее квалифицированных специалистов).

В Италии размер подушевого норматива зависит от соотношения объемов работы врача в государственной системе здравоохранения и собственной частной практики.

Наряду с сохранением оплаты за услугу для отдельных видов наиболее эффективных и социально значимых услуг широкое распространение получили также дополнительные выплаты за достижение установленных показателей или ведение определенных видов деятельности, а также в целях компенсации неблагоприятных внешних условий. Различные виды таких выплат действуют в большинстве рассмотренных стран.

Дополнительные выплаты за работу в неблагоприятных условиях действуют в Болгарии, Латвии, Турции, Эстонии, на содержание практики – в Австрии, Латвии, Эстонии.

В Дании дополнительные выплаты установлены за прием пациентов вне стандартного рабочего времени, телефонные консультации и посещения на дому. Выплаты за оказание помощи вне стандартных рабочих часов также применяются в Нидерландах, за посещения на дому – в Словакии. В Латвии дополнительные выплаты выделяются для врачей, имеющих сертификат семейного врача, в Испании для врачей, обладающих дополнительными квалификациями.

Системы оплаты за результат действуют в Великобритании (до 20% дохода врачей общей практики), Исландии (альтернативная программа оплаты, применяется по выбору врача), Италии, Латвии (до 15% дохода), Нидерланды (индивидуальные соглашения между врачом и страховой компанией), Португалии, Франции (добровольная программа дополнительной оплаты).

В большинстве стран доход врачей общей практики ниже или заметно ниже дохода узких специалистов. Исключение составляют Кипр (в государственном секторе), Чехия, Венгрия (для отдельных специальностей), Ирландия, Польша (для отдельных специальностей), Португалия, Испания и Великобритания [25,26].

2 Аналитический обзор систем организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации

2.1 Аналитический обзор нормативно-правовых документов, регламентирующих систему организации амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации, а также соответствующих методических материалов

Проведенный анализ нормативно-правовых документов, регламентирующих системы организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации, позволил выделить следующие основные нормативно-правовые документы в сфере организации медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- федеральные подзаконные акты:
 - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
 - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2005 г. № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового»;
 - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. № 84 «О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»;
 - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»;
 - приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 ноября 2013 г. № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях»;
 - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18 января 2006 г. № 28 «Об организации деятельности врача-

педиатра участкового».

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает общие принципы организации медицинской помощи в амбулаторных условиях, среди которых можно выделить возможность оказания в амбулаторных условиях первичной медико-санитарной помощи, скорой и паллиативной медицинской помощи, оказание помощи по территориально-участковому принципу и на основании свободного выбора пациента медицинской организации, оказывающей первичную-медико-санитарную помощь, и лечащего врача, оказание медицинской помощи в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи. Порядок регулирования доступа к первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами, действующим федеральным законодательством не установлен [6].

Медицинская помощь в амбулаторных условиях может оказываться разными категориями медицинского персонала и в различных структурах и типах медицинских организаций в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи [17-19]. Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению имеет ряд особенностей и регулируется отдельными порядками оказания медицинской помощи [18,19]. Более того, для оказания соответствующей медицинской помощи по ряду профилей медицинской помощи создаются отдельные структурные подразделения или отдельные медицинские организации.

На основании норм действующего законодательства у врачей общей практики более широкий круг полномочий за счет обслуживания не только взрослого, но и детского населения, а также возможности осуществления наблюдения за своими пациентами на всех этапах оказания медицинской помощи, что, соответственно, в совокупности способствует преемственности оказания медицинской помощи конкретному пациенту. Врачи общей практики в отличие от участковых терапевтов имеют возможности для создания частной практики и, соответственно, могут существовать относительно автономно от государственных и муниципальных медицинских организаций и самостоятельно организовывать свою деятельность [20-22]. Тем не менее, большинство врачей первичного контакта на данный момент составляют врачи-терапевты и врачи-педиатры, в т.ч. участковые.

2.2 Аналитический обзор нормативно-правовых документов, регламентирующих систему оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации, а также соответствующих методических материалов

В сфере оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях в Российской Федерации основными нормативно-правовыми документами являются:

- федеральные законы:
 - федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
 - федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- федеральные подзаконные акты:
 - постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
 - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 28 февраля 2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
 - приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 г. № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Также вопросы оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в рамках системы обязательного медицинского страхования регулируются следующими методическими материалами:

- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными в субъекты Российской Федерации совместным письмом от 22 декабря 2016 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-8/10/2-8266 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 12578/26/и, с изменениями, внесенными письмами от 27 февраля 2017 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-1294 и Федерального фонда обязательного медицинского

страхования № 2204/26-2/и, а также от 18 мая 2017 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/10/2-3290 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 5781/26-2/2;

- Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (в дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования), направленной в субъекты Российской Федерации письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 27 декабря 2016 года № 12708/26-2/и, с изменениями, внесенными письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 марта 2017 г. № 2715/26-2/и.

Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, бюджетных ассигнований бюджетов и иных источников финансирования. При этом за счет средств обязательного медицинского страхования осуществляется определенный перечень видов медицинской помощи, в том числе амбулаторной.

Согласно действующему законодательству формальные требования к установлению тарифов на оплату медицинской помощи установлены только для базовой программы обязательного медицинского страхования. За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках в части базовой программы осуществляется оплата всех расходов медицинских организаций, за исключением затрат на основные средства стоимостью более ста тысяч рублей за единицу и затраты на капитальное строительство и ремонт [23].

Способы оплаты медицинской помощи на федеральном уровне установлены также только в отношении медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Несмотря на то что программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи заложено использование подушевого финансирования в качестве основного способа оплаты медицинской помощи, один из вариантов подушевого финансирования на прикрепившихся лиц по своей сути не является подушевым, а соответствующие методические рекомендации по реализации способов оплаты медицинской помощи в недостаточной мере разъясняют принципы оплаты

медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, в том числе в амбулаторных условиях [24].

Осуществление оплаты медицинской помощи непосредственно медицинской организации осуществляется в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемых со страховыми медицинскими организациями. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам на оплату медицинской помощи в рамках распределенных медицинской организации объемов медицинской помощи, и в части амбулаторной медицинской помощи, доходы медицинской организации зависят в том числе от численности и половозрастного состава прикрепленного населения [23].

Размер оплаты медицинской помощи может быть уменьшен в результате проведения страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи [23]. При этом стоит отметить, что все финансовые риски несет медицинская организация в целом, а не конкретный медицинский сотрудник, поэтому можно заключить, что последний не несет финансовой ответственности за свою деятельность.

3 Результаты опроса экспертов в рамках работы по формированию предложений по оптимизации систем организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации

В целях оценки соответствия опыта зарубежных стран ситуации в отечественном здравоохранении в июле-сентябре 2017 г. был проведен опрос экспертов в сфере здравоохранения. В опросе приняли участие 70 экспертов, в т.ч. представители федеральных государственных учреждений подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, фондов обязательного медицинского страхования, врачи-специалисты, ведущие сотрудники научно-исследовательских центров, руководители медицинских организаций (главные врачи городских больниц, поликлиник). Отбор экспертов производился случайным образом.

Предложенная анкета состояла из 13 вопросов, включая 6 содержательных и 7 - паспортной части. В рамках содержательной части экспертам было предложено:

- выбрать оптимальный метод оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;
- выбрать предпочтительную форму собственности юридических лиц, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях;
- указать согласие или несогласие с перечнем заболеваний, которые чаще всего не требуют госпитализации, так как качественная медицинская помощь при них может быть оказана в амбулаторных условиях;
- оценить значимость влияния различных факторов на системы организации и оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;
- оценить значимость мероприятий, которые могут способствовать улучшению организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи;
- сообщить в свободной форме иные оценки, суждения и предложения по совершенствованию организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи.

По мнению экспертов, наиболее важными факторами организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи, определяющими состояние амбулаторно-поликлинического звена, являются:

- недостаточное финансирование амбулаторной помощи (70% опрошенных);
- дефицит участковых врачей терапевтов (70%);

- большой объем медицинской документации и отчетных форм (61,4%);
- избыточная нагрузка на участковых врачей терапевтов (52,9%);
- низкая оплата труда работников здравоохранения (54,3%);
- низкий норматив времени, установленный на 1 посещение - 12 мин. (52,9%);
- низкий уровень квалификации участковых врачей-терапевтов (50,7%);
- избыточная нагрузка на узких специалистов (50%).

Наиболее важными мероприятиями по улучшению организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи по мнению экспертов были признаны:

- разработка и утверждение протоколов лечения больных, обеспечивающих алгоритм ведения пациента, преемственности в оказании медицинской помощи (70%);
- внедрение новых подходов к обучению врача-терапевта, врача общей практики (семейный врач) в рамках системы непрерывного медицинского образования (введение института наставничества, системы рейтингов, мастер-классов и др.) (70%);
- обеспечение прямой зависимости оплаты труда от объема и качества выполненной работы с понятным для врача механизмом оплаты его труда (58,6%);
- автоматизация рабочего места участкового врача-терапевта, врача общей практики, семейного врача (50%);
- увеличение количества среднего медицинского персонала и расширение их функциональных обязанностей за счет передачи им услуг, предоставляемых в настоящий момент врачебным персоналом (54,3%).

Более 85% экспертов поддержали предложенный перечень заболеваний, качественная медицинская помощь по которым может быть оказана в амбулаторных условиях.

В то же время, большинство экспертов не продемонстрировали поддержки перспективных направлений реформ систем организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи, выделенные по результатам анализа международного опыта. В частности, оптимальным методом оплаты 50% экспертов полагает оплату за единицу объема медицинской помощи – за посещение, за обращение (законченный случай), а также за медицинские услуги по определенному перечню. 72,9% экспертов считают, что государственная/муниципальная форма собственности юридического лица (медицинской организации) является наиболее предпочтительной для оказания первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

4 Предложения по оптимизации систем организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации с учетом результатов опроса экспертов

Результаты анализа международного опыта организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи, отечественного опыта реформирования амбулаторно-поликлинического звена, а также опроса экспертов в области здравоохранения подтверждают наличие в российской системе здравоохранения значительных резервов повышения эффективности за счет усиления амбулаторно-поликлинического звена, в т.ч. за счет частичного перераспределения объемов медицинской помощи между стационарным и амбулаторно-поликлиническим звеном.

Действующие системы организации бесплатного оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий и контроля качества такой помощи не содержат объективных критериев обоснованности госпитализации по многим массовым заболеваниям и состояниям. На практике это приводит к большому числу необоснованных госпитализаций при диагнозах, не требующих круглосуточного наблюдения пациента, что может объясняться:

- восприятием стационарной специализированной медицинской помощи как более эффективной;

Длительный период приоритетного финансирования стационарного звена привел к оттоку квалифицированных кадров и недостатку оснащенности амбулаторно-поликлинических подразделений. В результате как пациенты, так и врачи первичного звена часто воспринимают стационарную специализированную медицинскую помощь как помощь лучшего качества по сравнению с услугами, оказываемыми амбулаторно-поликлиническими подразделениями. Кроме того, низкая эффективность работы амбулаторно-поликлинического звена часто затрудняет получение комплексного лечения в силу сложности записи на наиболее востребованные обследования и консультации и возможных длительных сроков ожидания отдельных услуг, несогласованности рабочих графиков отдельных подразделений.

- заинтересованностью учреждений здравоохранения в выполнении нормативных объемов госпитализации;

В настоящий момент планирование и фактическое финансирование бесплатной медицинской помощи, оказываемой в рамках программы государственных гарантий, фактически осуществляется на основе нормативных объемов медицинской помощи, распределяемых между учреждениями здравоохранения, участвующими в реализации программы. Как следствие, учреждения заинтересованы в максимально полной реализации выделенных объемов в целях получения максимально доступной оплаты. В условиях преобладания объединенных государственных учреждений здравоохранения, в составе которых представлены и амбулаторно-поликлиническое, и стационарное подразделения, врачи амбулаторно-поликлинического звена получают стимул к наращиванию госпитализаций сверх фактически необходимого объема. Недостаточно обоснованные госпитализации в этих условиях могут выглядеть даже более предпочтительным решением по сравнению с госпитализациями при более тяжелых диагнозах, поскольку не создают риска осложнений или неблагоприятного исхода для стационарного звена.

- неравными условиями лекарственного обеспечения при лечении в амбулаторных условиях и в условиях стационара.

В настоящий момент пациенты, проходящие лечение в амбулаторных условиях, в общем случае не получают бесплатного лекарственного обеспечения (за исключением льготных категорий населения, установленных отдельными нормативно-правовыми актами). Это создает дополнительный сильный мотив для пациента настаивать на госпитализации даже при отсутствии объективных показаний.

Опросов экспертов показал наличие широкого круга диагнозов, по которым в настоящий момент фактически осуществляются госпитализации, не являющиеся в достаточной степени обоснованными. Исключение таких госпитализаций позволит значительно сократить расходы на стационарную медицинскую помощь как в части текущей оплаты, так в части кадрового и материального обеспечения стационарных подразделений без каких-либо значимых негативных эффектов для здоровья населения.

Высвобожденные средства, материальные и кадровые ресурсы целесообразно перенаправить в амбулаторно-поликлиническое звено системы здравоохранения в целях повышения качества и доступности амбулаторной медицинской помощи, предоставляемой в рамках программы государственных гарантий, и, в конечном

счете, улучшения здоровья населения. Перспективными направлениями использования высвобожденных ресурсов могут стать:

- улучшение кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинического звена (оплата дополнительных ставок врачебного и среднего медицинского персонала, повышение заработной платы в целях привлечения квалифицированного персонала, привлечение врачебного и среднего медицинского персонала стационарного звена к ведению амбулаторного приема);
- улучшение материально-технического оснащения амбулаторно-поликлинического звена (приобретение отсутствующего диагностического оборудования, создание центров амбулаторной хирургии и дневных стационаров на базе стационаров, не используемых в настоящий момент с полной загрузкой без учета необоснованных госпитализаций);
- развитие выездных и удаленных форм оказания медицинской помощи (создание выездных врачебных бригад, внедрение телемедицинских технологий);
- расширение государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (в частности, введение бесплатного лекарственного обеспечения для пациентов, проходящих лечение в амбулаторных условиях).

5 Моделирование предлагаемых изменений в сфере организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в Российской Федерации

5.1 Построение модели

В основу разрабатываемой модели легла гипотеза, что существует возможность перемещения объемов медицинской помощи и соответствующего финансирования из круглосуточного стационара в амбулаторное звено. Для того, чтобы выделить те объемы медицинской помощи, которые могут быть переданы в амбулаторные условия была проведена экспертная оценка перечня диагнозов, включенных в группировщик для действующей модели КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара. В результате были выбраны те диагнозы (в соответствии с МКБ-10), которые не требуют круглосуточного наблюдения за больным, а необходимая медицинская помощь надлежащего качества

при данных заболеваниях и состояниях может быть оказана в амбулаторных условиях. Затем было проанализировано число госпитализаций, выполненных в связи с диагнозами, предложенными к исключению, на основании реальных данных о числе госпитализаций, выполненных в 50 регионах РФ в 2016 году. Затем было рассчитано ожидаемое число госпитализаций для всей территории РФ в связи с данными диагнозами, на основании частоты проведения госпитализаций в круглосуточный стационар в связи с каждым диагнозом (по МКБ-10) в 50 регионах, по которым имелись данные, и общего запланированного числа госпитализаций в круглосуточный стационар в рамках выполнения ПГГ (рассчитано на основании утвержденного на 2016 год норматива числа госпитализаций в рамках базовой программы ОМС на 1 застрахованное лицо) [25].

На следующем этапе был проведен экономический анализ (затраты оценивались по состоянию на 2017 год): были рассчитаны затраты на оплату данных госпитализаций (для ожидаемого числа госпитализаций в РФ в целом) на основании утвержденного на 2017 год норматива финансирования стационарной помощи в рамках базовой программы ОМС (использован корректирующий коэффициент 0,9, чтобы исключить предполагаемое финансирование высокотехнологичной медицинской помощи) - 21 846,33 руб. и коэффициентов затратно-емкости для КСГ, в которые включены диагнозы, предлагаемые к исключению [24,26].

Разработанный подход к оптимизации оказания амбулаторно-поликлинической помощи предполагал, что перемещение объемов медицинской помощи из стационарного звена в амбулаторное будет осуществляться только в медицинских учреждениях первого уровня: с одной стороны, это было обусловлено тем, что в учреждениях данного уровня госпитализации при выбранных для переноса диагнозах не предполагают выполнения тех услуг, которые не могут быть выполнены в амбулаторных условиях. С другой стороны, как правило, учреждения первого уровня оказывают и амбулаторную и стационарную помощь. Таким образом, учреждению может быть предложено в рамках устоявшегося бюджета (определенного на основании данных о функционировании учреждения в предшествующие годы) самостоятельно выбрать в каких случаях помощь должна быть оказана в стационарных условиях, а в каких – в амбулаторных. То есть, будет ликвидирован стимул для учреждения наращивать число госпитализаций, чтобы обеспечить свой бюджет. Так как будет снижаться число госпитализаций, то

высвободившиеся койки могут быть сокращены, а медицинский персонал переведен в амбулаторное звено.

Для учреждений второго уровня предполагалось, что часть госпитализаций в связи с выбранными диагнозами может быть выполнена не в условиях круглосуточного стационара, а в дневном стационаре. Высвобожденные средства (за счет меньшей стоимости госпитализации в дневной стационар) также могут быть использованы для усиления амбулаторного звена.

Так как появилась необходимость разнесения госпитализаций по учреждениям различного уровня, для этого также были использованы данные о выполненных госпитализациях в 50 регионах – были определены доли госпитализаций в связи с диагнозами, предложенными к переносу, для учреждений первого, второго и третьего уровней оказания медицинской помощи. Схематично процесс моделирования ожидаемого числа госпитализаций показан на рисунке ниже (см. рисунок 1).

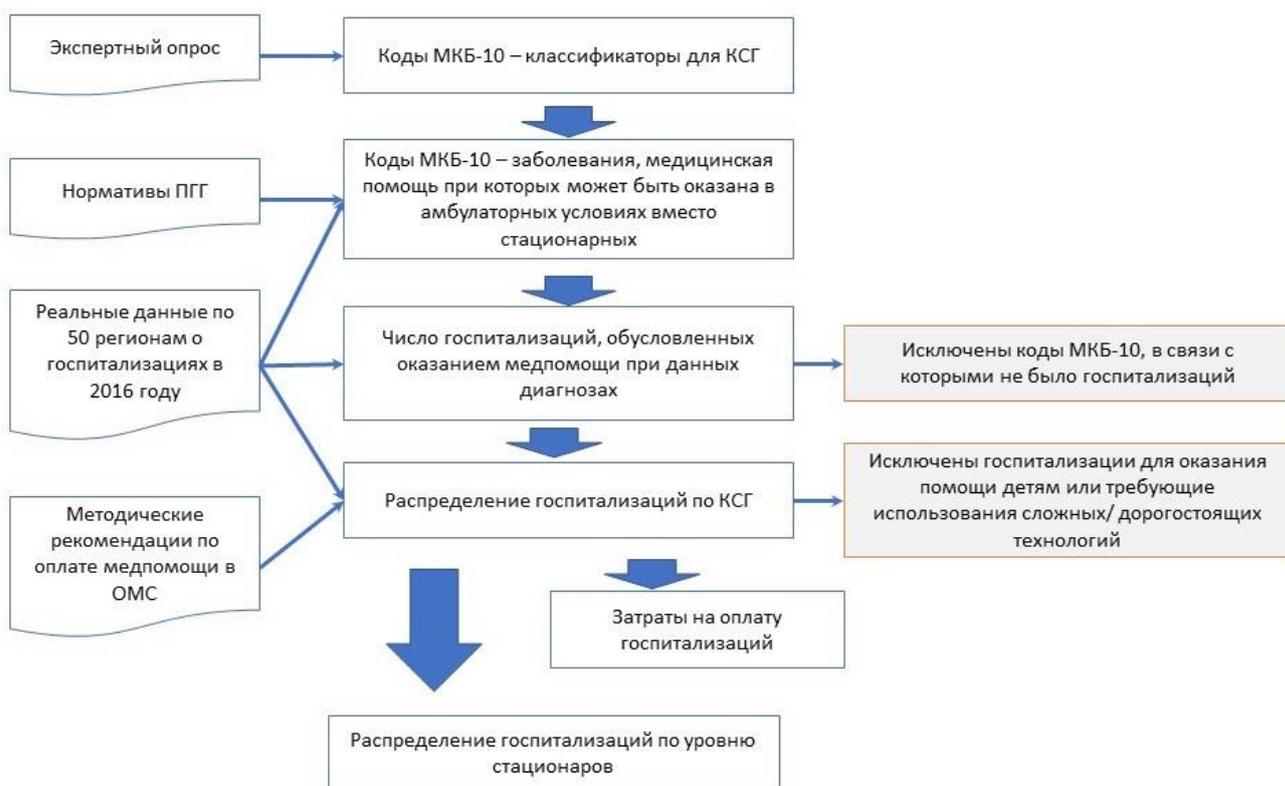


Рисунок 1 – Моделирование числа госпитализаций, их распределения по уровням учреждений и обусловленных ими затрат

На основании полученной оценки числа госпитализаций, обусловленных диагнозами, медицинская помощь в связи с которыми была предложена к перемещению из стационарных условий в амбулаторные, их распределения по КСГ и

уровням стационарной помощи и численности взрослого населения РФ по данным федерального статистического наблюдения (на 01.01.2017 г. в РФ проживало 119 909 тысяч человек старше 16 лет [27]) были рассчитано среднее число госпитализаций в рамках соответствующих КСГ в учреждениях определенного уровня на 1 взрослого.

5.2 Результаты оценки модели

5.2.1 Оценка общего числа необоснованных госпитализаций

После исключения диагнозов, не являющихся классификационными критериями для КСГ в круглосуточном стационаре, а также диагнозов, по которым не было зарегистрировано госпитализаций в перечне, предложенном к переносу в амбулаторную помощь, осталось 637 диагнозов. Всего в связи с данными диагнозами за год в 50 регионах было выполнено 3 081 812 госпитализаций.

Общее число госпитализаций в рамках базовой программы ОМС в РФ в 2016 году согласно утвержденным нормативам, должно было составить 25,2 млн случаев (общая численность застрахованных граждан по данным ФФОМС – 146 529 217, норматив числа госпитализаций на 1 застрахованного гражданина в рамках базовой программы ОМС - 0,17214 случая) [25, 28]. На основании частоты госпитализации в связи с различными диагнозами в 50 регионах, было рассчитано общее число госпитализаций в РФ в связи с диагнозами, для которых предложено переместить объемы медицинской помощи в амбулаторные условия – 5 320 778. Распределение данных диагнозов и обусловленных ими госпитализаций по классам заболеваний в соответствии с МКБ-10 показано в таблице ниже (см. таблицу 2).

Таблица 2 - Распределение числа диагнозов и обусловленных ими госпитализаций по классам МКБ-10

Классы болезней по МКБ-10	Число диагнозов, для которых предложено перемещение объемов помощи	Число госпитализаций в течение года в 50 регионах	Число госпитализаций в течение года на уровне РФ	Доля госпитализаций, приходящаяся на данный класс МКБ
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	37	24 542	42 371	0,80%
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	9	299	517	0,01%
Болезни нервной системы	3	101 732	175 642	3,30%
Болезни глаза и его придаточного аппарата	19	28 006	48 352	0,91%
Болезни уха и сосцевидного отростка	19	23 530	40 624	0,76%
Болезни системы кровообращения	26	1 275 130	2 201 522	41,38%
Болезни органов дыхания	65	1 130 123	1 951 170	36,67%
Болезни органов пищеварения	90	191 697	330 965	6,22%
Болезни кожи и подкожной клетчатки	138	83 248	143 724	2,70%
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	35	101 590	175 399	3,30%
Болезни мочеполовой системы	11	69 692	120 325	2,26%
Беременность, роды и послеродовой период	4	373	644	0,01%
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	7	835	1443	0,03%
Врожденные аномалии [пороки крови], деформации и хромосомные нарушения	1	11	19	0,00%

Продолжение таблицы 2

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	18	440	760	0,01%
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	46	31 291	54 025	1,02%
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения	109	19 273	33 276	0,63%
Итого	637	3 081 812	5 320 778	
Примечание – Источник: расчеты авторов.				

Более 75% госпитализаций по поводу диагнозов, предложенных к перемещению оказания медицинской помощи в амбулаторные условия, были связаны с заболеваниями системы кровообращения и органов дыхания, на третьем месте по числу госпитализаций были болезни органов пищеварения (6,2%), затем шли болезни нервной и костно-мышечной системы и соединительной ткани (по 3,3%)

На диагнозы, относящиеся к болезням системы кровообращения, приходилось более 40% госпитализаций. Из них большинство (1 030 898 госпитализаций или 47%) приходилось на госпитализации в связи с ишемической болезнью сердца (I20-I25), в том числе 494 310 госпитализаций в связи с диагнозом I20.8 Другие формы стенокардии, а 197 333 госпитализации в связи с диагнозом I25.1 Атеросклеротическая болезнь сердца.

Среди госпитализаций, обусловленных диагнозами, предложенными к переносу, относящимися к болезням органов дыхания, большую часть составляли госпитализации в связи с острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей – 1 123 774 госпитализаций или 58%. Среди них большая часть госпитализаций была обусловлена диагнозом J06.9. Острая инфекция верхних дыхательных путей, неуточненная – 548 875 госпитализаций. Среди других причин

госпитализаций в этом классе МКБ-10 самой частой причиной был острый бронхит – 578 598 госпитализаций.

В группе диагнозов, относящихся к болезням органов пищеварения, пациенты чаще всего госпитализировались в связи с болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (коды МКБ-10 К20-К31 – 248 969 госпитализаций или 75%), из них большая часть госпитализаций была осуществлена в связи с язвами различной локализации без кровотечения или прободения (64 194 госпитализации).

Из дальнейшего анализа были исключены госпитализации детей – предполагалось, что перемещение объемов медицинской помощи будет осуществляться только для взрослого населения. Обращает на себя внимание, что госпитализации, которые оплачивались по КСГ, предполагающим какое-либо высокотехнологическое/дорогостоящее вмешательство (наличие кода соответствующей услуги в качестве еще одного классификационного критерия, помимо кода МКБ-10), составляли минимальную часть от общего числа госпитализаций, обусловленных оказанием помощи в связи с определенными диагнозами – от 0 до 4%. Однако, данные госпитализации также были исключены из дальнейшего анализа, так как существует вероятность, что оказать медицинскую помощь аналогичного качества как в круглосуточном стационаре в амбулаторных условиях в данном случае не удастся. В результате число госпитализаций в круглосуточный стационар, обусловленных диагнозами, медицинскую помощь в связи с которыми было предложено перенести в амбулаторные условия, сократилось до 4 344 711 (в расчете на все население РФ). Далее также на основании имеющихся данных о госпитализациях, обусловленных выбранными диагнозами, было рассчитано их распределение между учреждениями различного уровня. Общие затраты на оплату данных госпитализаций составляют 68 731 613 977 руб., при этом на госпитализации, выполненные в учреждениях первого уровня пришлось 25 400,6 млн руб., а на госпитализации в учреждениях второго уровня – 27 174,87 руб.

5.2.2 Моделирование экономического эффекта перераспределения медицинской помощи

Моделирование проводилось для обслуживания взрослого населения в 100 тысяч человек. Было принято допущение, что госпитализации в круглосуточный

стационар, выполняемые для оказания медицинской помощи при отобранных диагнозах в учреждениях первого уровня, будут полностью замещены обращениями в амбулаторных условиях, а госпитализации, выполняемые в учреждениях второго уровня, будут на 50% замещены госпитализациями в дневной стационар.

Ожидается, что в расчете на моделируемое население в учреждениях первого уровня будет выполнено 1 322 госпитализации, обусловленные отобранными диагнозами, а в учреждениях второго уровня – 1440 госпитализаций (722 госпитализации будет перемещено в дневной стационар). Затраты на выполнение госпитализаций в круглосуточный стационар, которые предложено переместить в амбулаторные условия и дневной стационар составят 32,5 млн руб., из них – 21,2 млн руб. – госпитализации в учреждениях первого уровня, 11,3 млн руб. – госпитализации в учреждениях 2-го уровня. При переносе объемов помощи в амбулаторные условия и дневной стационар затраты сократятся до 8,6 млн руб., из них затраты на оплату обращений составят 1,4 млн руб., а затраты на оплату госпитализаций в дневной стационар – 7,2 млн руб. Таким образом, проводимые мероприятия позволяет высвободить 23,9 млн руб. Сокращение числа госпитализаций позволит сократить число коек и высвободить медицинский персонал – в расчете на 100 тысяч населения это составит 42 койки, 3 врачей и 13 медсестер. Распределение высвобождаемых ресурсов по профилям медицинской помощи показано в таблице ниже (см. таблицу 3).

Таблица 3 - Высвобождаемые ресурсы в результате перемещения объемов медицинской помощи из круглосуточного стационара

Профиль	Число сокращаемых коек	Число высвобожденных врачебных ставок	Число высвобожденных медсестринских ставок
Гастроэнтерология	1	0	0
Дерматология	1	0	0
Инфекционные болезни	2	0	1
Неврология	8	1	2
Нейрохирургия	2	0	1
Терапия	27	2	9
Урология	1	0	0
Примечание – Источник: расчеты авторов.			

Оценка в модели потребности в участковых терапевтах и врачах общей практики основывалась на допущении что их соотношение должно составить 1 к 1, учитывая необходимость дополнительного обучения для врачей общей практики, а числа работающих с ними медсестер опиралось на норматив 1 медсестра в расчете на 1 врача. В результате было показано, что в соответствии с нормативами на моделируемое население необходимо 35 участковых терапевтов, 35 врачей общей практики и 70 работающих с ними медсестер. На основании среднероссийских статистических данных было рассчитано, что можно ожидать, что в настоящий момент имеется 30 участковых терапевтов, 7 врачей общей практики, 36 медсестер, работающих с участковыми терапевтами и 10 медсестер, работающих с врачами общей практики. Таким образом, дефицит врачей составил 30 человек, и у медсестер – 11 человек (была учтена возможность перемещения высвобожденных в круглосуточном стационаре медицинских кадров в амбулаторное звено).

В Сценарии 1, чтобы привлечь недостающих специалистов в амбулаторные учреждения, было предложено повысить зарплату врачам и медсестрам – до 55 тысяч участковым терапевтам, до 60 тысяч врачам общей практики, до 30 тысяч рублей медсестрам, работающим с участковыми терапевтами и до 35 тысяч медсестрам, работающим с врачами общей практики (без учета налога на доход физических лиц). Общие затраты на повышение зарплаты составляют 22,9 млн руб., таким образом на реализацию других мероприятий, например, проведение курсов повышения квалификации для врачей и медсестер, из высвобожденных средств за счет сокращения числа госпитализаций в круглосуточный стационар остается 998,8 тысяч рублей.

В Сценарии 2 в качестве основного мероприятия было предложено обеспечение лекарственными препаратами в амбулаторных условиях пациентов с артериальной гипертензией трудоспособного возраста и пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой, не имеющих права на льготное лекарственное обеспечение.

Ожидаемая численность популяции, которая будет обеспечиваться лекарственными препаратами за счет сэкономленных средств, в расчете на взрослое население в 100 000 составила 6 397 человек, т.е. более 6% населения. Цифра велика, но в данном случае речь идет о наиболее распространенных хронических неинфекционных заболеваниях, являющихся одними из основных причин заболеваемости и смертности. Большая часть затрат – 15,3 млн руб. приходится на

обеспечение лекарственными препаратами пациентов трудоспособного возраста с артериальной гипертензией. Общие затраты за год на лекарственное обеспечение составят 19,5 млн руб., таким образом из высвобожденных финансовых средств останется еще 4,4 млн руб. на дополнительные мероприятия, например, организации стационара на дому (включая лекарственное обеспечение) для пациентов, которые были бы госпитализированы в круглосуточный стационар в связи с респираторными инфекциями верхних дыхательных путей (порядка 66 случаев на население в 100 тысяч).

6 Предложения по нормативно-правовому обеспечению предлагаемых изменений

6.1 Перенос случаев лечения из круглосуточного стационара в условия дневного стационара и амбулаторные условия

Основным предлагаемым изменением в части совершенствования оказания первичной медико-санитарной помощи является перенос части нагрузки со стационарного звена в условия дневного стационара и на первичное звено. Для реализации указанной меры в первую очередь необходим пересмотр соответствующих утвержденных стандартов медицинской помощи по предлагаемым для переноса в амбулаторные условия диагнозам, утвержденных клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи, а также сформированных на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций критериев оценки качества медицинской помощи.

В то же время исключение возможности для оплаты случаев лечения по определенным поводам госпитализации в стационарных условиях должно сопровождаться внесением изменений в модель КСГ, а именно в расшифровку КСГ и соответствующей инструкции к ней, направляемых в субъекты Российской Федерации для использования. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и соответствующие дополнения к ним ежегодно актуализируются, поэтому предлагаемые изменения могут быть учтены как внесением изменения в действующие расшифровки групп и инструкции, так и в рамках очередной актуализации федеральной модели КСГ.

В настоящее время в тексте самих методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи в части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, указан только перечень КСГ, тогда как содержание каждой группы описано в файлах формата msExcel (отдельно для стационарных условий и условий дневного стационара), особенности формирования отдельных КСГ и их кодирования – в инструкции по формированию КСГ.

Предлагаемые меры по перераспределению нагрузки и финансирования между стационарным и амбулаторным звеньями подразумевает исключение из соответствующих КСГ определенных кодов заболеваний в соответствии с МКБ-10. Таким образом, случаи лечения по исключенным из определенных КСГ нозологиям не смогут оплачиваться в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, что исключает финансовые стимулы для медицинских организаций осуществлять лечение таких пациентов в стационарных условиях.

Дополнительно стоит отметить, что сокращение объемов медицинской помощи в стационарных условиях и увеличение в амбулаторных условиях требует пересмотра размера средних нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, утвержденных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом также необходимо внесение изменений в разъяснения Министерства здравоохранения Российской Федерации по формированию территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В частности, целесообразен пересмотр рекомендуемого числа госпитализаций, койко-дней и посещений на тысячу жителей в разрезе профилей оказания медицинской помощи.

6.2 Реализация изменения соотношения врачей, среднего и младшего медицинского персонала

Повышение требований к обоснованности госпитализаций пациентов в стационары может способствовать высвобождению коечных мощностей, финансовых и кадровых ресурсов, которые могут быть направлены на усиление первичного звена оказания медицинской помощи. Сокращение нагрузки на стационарное звено повлечет за собой избыточность кадровых ресурсов, что создает возможность для привлечения медицинских работников в первичное звено. Соответственно, перераспределение нагрузки со стационарного на первичное звено целесообразно сопровождать пересмотром нормативов обеспеченности населения медицинскими работниками.

В соответствии с п. 14 Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению распределение населения по участкам

осуществляет руководитель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь [17]. Нормативы обслуживаемого населения тем или иным участком, в том числе для участкового врача-терапевта и врача общей практики (семейного врача), установлены п. 18 указанного положения и составляют 1 700 взрослых (1 300 для сельской местности) для участкового врача-терапевта, 1 200 взрослых для врача общей практики 1 500 человек взрослого и детского населения на участке семейного врача ([17]). Количество штатных единиц участковых врачей-педиатров установлено приложением 2 к порядку оказания педиатрической помощи и составляет 1 должность на 800 человек прикрепленного детского населения [18].

Таким образом, при разукрупнении участков для оказания первичной медико-санитарной помощи необходимо внесение изменений в нормативы, установленные приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» и от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи».

Также Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению установлены и штатные нормативы медицинских сестер, в том числе участковых. Так, в настоящее время на одну должность участкового врача установлен норматив в размере 1,5 должности участковой медицинской сестры, от 1 до 2 должностей медицинской сестры на должность врача в зависимости от профиля его специальности (прил. 2 [17]).

Рекомендуемые штатные нормативы руководителей, врачей, среднего и младшего медицинского персонала утверждаются также и иными порядками оказания медицинской помощи. К примеру, в рамках порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями установлены следующие штатные нормативы кардиологического кабинета: 1 врач-кардиолог на 20 тысяч прикрепленных лиц, 1 медицинская сестра на 1 врача-кардиолога и 0,25 ставки санитаря [29]. Исходя из этого, для изменения соотношения количества разных категорий медицинского персонала требуются соответствующие изменения и в утвержденные порядки.

Стоит отметить, что часть медицинских работников может перейти на работу в первичное звено без прохождения профессиональной переподготовки. В частности, в соответствии с действующим порядком оказания медицинской помощи взрослому

населению по профилю «терапия» на должность участкового врача-терапевта назначается врач по специальности «терапия» [30]. В то же время в соответствии с порядком осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) на должность врача общей практики может быть принят специалист, окончивший высшее учебное заведение по специальности «Лечебное дело» или «Педиатрия», специалист, окончивший ординатуру по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» или участковый врач-терапевт или участковый врач-педиатр, прошедший профессиональную переподготовку по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)» (прил. 1 п.3 [21]). Исходя из этого представляется целесообразным осуществление дальнейшей профессиональной переподготовки врачей-терапевтов из стационарного звена по направлению «Общая врачебная практика (семейная медицина)», что позволит развивать институт врача общей практики в стране.

Вместе с тем меры по изменению соотношения и перераспределению нагрузки между врачами-специалистами и средним медицинским персоналом должны сопровождаться пересмотром должностных обязанностей медицинских работников, что требует внесения изменений в соответствующие разделы Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н [31].

6.3 Развитие лекарственного обеспечения пациентов в амбулаторных условиях

Как уже отмечалось, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ (ст.80, ч.2) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи при лечении в амбулаторных условиях пациенты не обеспечиваются лекарственными препаратами в рамках планового лечения и паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях. Обеспечению лекарственными средствами, включенным в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в амбулаторных условиях подлежат только

случаи оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме и скорой медицинской помощи [24].

Направление высвобожденных средств обязательного медицинского страхования на лекарственное обеспечение пациентов с определенными заболеваниями и состояниями, например, при артериальной гипертонии, может быть реализовано разными путями.

Во-первых, возможно расширение перечня групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и медицинские изделия отпускаются по рецептам врачей бесплатно. Соответственно, такой вариант потребует внесения изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», которым утверждается указанный перечень групп населения и категорий заболеваний.

Во-вторых, возможно утверждения отдельного подзаконного акта, утверждающего перечень категорий заболеваний, при которых в рамках амбулаторного лечения пациентов осуществляется обеспечение лекарственными препаратами. При этом необходимо закрепление источника финансирования в главе 11 «Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья» Федерального закона № 323-ФЗ и в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В то же время, так как обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с данными разделами программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется за счет средств федерального или региональных бюджетов, а высвобождение финансовых ресурсов за счет переноса случаев лечения из стационарных условий в дневной стационар и в амбулаторные условия происходит в рамках средств обязательного медицинского страхования, целесообразно законодательно установить механизм передачи средств обязательного медицинского страхования в бюджеты федеральный или региональные.

В частности, это может быть реализовано путем соответствующего снижения тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование и повышения

размера ставки отдельных видов региональных/федеральных налогов через внесение изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации.

Другим возможным механизмом может стать установление размера и механизм передачи средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования (например, через дотацию федеральному бюджету в целях предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при обеспечении лекарственными препаратами граждан при установленных заболеваниях в амбулаторных условиях) в рамках федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Заключение

Результаты анализа международного опыта организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи, а также опроса отечественных экспертов в области здравоохранения подтвердили наличие в российской системе здравоохранения значительных резервов повышения эффективности за счет усиления амбулаторно-поликлинического звена, в т.ч. за счет частичного перераспределения объемов медицинской помощи между стационарным и амбулаторно-поликлиническим звеном.

По результатам анализа организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в зарубежных странах к наиболее перспективным направлениям развития амбулаторного сектора системы здравоохранения были отнесены:

- в части систем организации амбулаторной медицинской помощи:

- развитие процессов замещения на уровне амбулаторной медицинской помощи (включая расширение функций врачей амбулаторного сектора путем переноса в амбулаторные условия услуг, предоставляемых в настоящий момент на уровне специализированной медицинской помощи, в т.ч. стационарной; расширение функций среднего медицинского персонала амбулаторного сектора за счет передачи медицинским сестрам услуг, предоставляемых в настоящий момент врачебным персоналом);

- наделение врачей первичного контакта (участковых терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей) полномочиями по управлению доступом к более высоким уровням медицинской помощи, координации и контролю комплексного лечения прикрепленного населения;

- децентрализацию управления субъектами первичного звена (в т.ч. путем изменения организационно-правовых форм государственных учреждений здравоохранения, расширения самостоятельности государственных учреждений здравоохранения).

- в части систем финансирования амбулаторной медицинской помощи:

- расширение использования прогрессивных методов оплаты медицинской помощи в целях стимулирования повышения эффективности (высокоагрегированные методы оплаты, позволяющие поставщику экономить средства при повышении эффективности, дифференциация оплаты в зависимости от эффективности выбора

медицинских технологий, вплоть до отказа в оплате при использовании необоснованных методов лечения).

Действующие системы организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи в российском здравоохранении не предполагают применения большинства из перечисленных инструментов. Порядок регулирования доступа к первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами, действующим федеральным законодательством не установлен. Действующее законодательство предусматривает расширенный круг полномочий врачей общей практики за счет обслуживания не только взрослого, но и детского населения и возможности осуществления наблюдения за своими пациентами на всех этапах оказания медицинской помощи, а также допускает возможности создания частной практики действующей автономно от государственных и муниципальных медицинских организаций и самостоятельно организовывать свою деятельность, но на практике большинство врачей первичного контакта на данный момент составляют врачи-терапевты и врачи-педиатры, в т.ч. участковые.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи заложено использование подушевого финансирования в качестве основного способа оплаты медицинской помощи, однако, один из вариантов подушевого финансирования на прикрепившихся лиц по своей сути не является подушевым, а соответствующие методические рекомендации по реализации способов оплаты медицинской помощи в недостаточной мере разъясняют принципы оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, в том числе в амбулаторных условиях.

Результаты опроса отечественных экспертов показали поддержку предложений по переносу лечения отдельных заболеваний и состояний из стационарных в амбулаторные условия и направления высвобожденных средств на улучшение кадрового и материально-технического обеспечения первичного сектора. В то же время, большинство более радикальных реформ систем организации и оплаты амбулаторной медицинской помощи по образцу зарубежных стран не получили поддержки.

В итоге к числу основных направлений развития амбулаторно-поликлинического звена (в т.ч. с использованием ресурсов, высвобожденных при

перераспределении объемов медицинской помощи между стационарными и амбулаторными условиями) были отнесены:

- улучшение кадрового обеспечения амбулаторно-поликлинического звена (оплата дополнительных ставок врачебного и среднего медицинского персонала, повышение заработной платы в целях привлечения квалифицированного персонала, привлечение врачебного и среднего медицинского персонала стационарного звена к ведению амбулаторного приема);
- улучшение материально-технического оснащения амбулаторно-поликлинического звена (приобретение отсутствующего диагностического оборудования, создание центров амбулаторной хирургии и дневных стационаров на базе стационаров, не используемых в настоящий момент с полной загрузкой без учета необоснованных госпитализаций);
- развитие выездных и удаленных форм оказания медицинской помощи (создание выездных врачебных бригад, внедрение телемедицинских технологий);
- расширение государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (в частности, введение бесплатного лекарственного обеспечения для пациентов, проходящих лечение в амбулаторных условиях).

Для двух основных сценариев развития (повышение заработной платы врачебному и среднему медицинскому персоналу амбулаторно-поликлинического сектора, обеспечение лекарственными препаратами в условиях пациентов с артериальной гипертензией трудоспособного возраста и пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой, не имеющих права на льготное лекарственное обеспечение) было проведено моделирование ожидаемых экономических и социальных последствий.

Углубленный анализ перспектив развития телемедицинских технологий в настоящий момент не возможен в силу отсутствия соответствующего нормативно-правового регулирования (порядка оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, установленного уполномоченным федеральным органом исполнительной власти). Уровень материально-технического оснащения амбулаторно-поликлинического звена чрезмерно различается между территориями и отдельными учреждениями здравоохранения для возможности проведения обобщенной оценки.

По результатам моделирования предлагаемых изменений на плановую численность населения (100 тыс. человек) высвобождаемые ресурсы составили:

- 23,9 млн. руб. текущей оплаты медицинской помощи;
- 42 койки;
- 3 врача;
- 13 медсестер.

Было показано, что в соответствии с нормативами на моделируемое население необходимо 35 участковых терапевтов, 35 врачей общей практики и 70 работающих с ними медсестер, из которых фактически на основании среднероссийских данных имеется 30 участковых терапевтов, 7 врачей общей практики, 36 медсестер, работающих с участковыми терапевтами и 10 медсестер, работающих с врачами общей практики. Таким образом, даже с учетом перемещения высвобожденного персонала из стационарного в амбулаторное звено дефицит врачей составляет 30 человек, среднего медицинского персонала – 11 человек.

В Сценарии 1, чтобы привлечь недостающих специалистов в амбулаторные учреждения, было предложено повысить зарплату врачам и медсестрам – до 55 тысяч участковым терапевтам, до 60 тысяч врачам общей практики, до 30 тысяч рублей медсестрам, работающим с участковыми терапевтами и до 35 тысяч медсестрам, работающим с врачами общей практики (без учета налога на доход физических лиц). Общие затраты на повышение зарплат составляют 22,9 млн. руб., таким образом на реализацию других мероприятий, например, проведение курсов повышения квалификации для врачей и медсестер, из высвобожденных средств за счет сокращения числа госпитализаций в круглосуточный стационар остается 998,8 тысяч рублей.

Реализация Сценария 1 не требует внесения изменений в нормативно-правовые акты. Однако, в более долгосрочной перспективе перераспределение нагрузки между стационарным и амбулаторно-поликлиническим звеном должно сопровождаться разукрупнением участков и изменением соотношения врачей и среднего медицинского персонала. Реализация данных мер требует внесения изменений в соответствующие положения, порядки и должностные обязанности медицинских сотрудников.

В Сценарии 2 в качестве основного мероприятия было предложено обеспечение лекарственными препаратами в амбулаторных условиях пациентов с

артериальной гипертензией трудоспособного возраста и пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой, не имеющих права на льготное лекарственное обеспечение. Ожидаемая численность населения, которое будет получать лекарственное обеспечение, составляет более 6% населения. Общие затраты за год на лекарственное обеспечение составят 19,5 млн. руб., остаток средств – 4,4 млн. руб., которые могут быть использованы на дополнительные мероприятия, например, организации стационара на дому (включая лекарственное обеспечение) для пациентов, которые были бы госпитализированы в круглосуточный стационар в связи с респираторными инфекциями верхних дыхательных путей (0,07%).

Введение лекарственного обеспечения отдельных категорий амбулаторных пациентов (например, при определенных заболеваниях и состояниях, исключенных из лечения в стационарных условиях) может быть организовано на основе существующей структуры льготного лекарственного обеспечения. Для этого необходимо внести соответствующие изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», которым утверждается указанный перечень групп населения и категорий заболеваний.

Альтернативным решением выступает утверждение отдельного подзаконного акта, устанавливающего перечень категорий заболеваний, при которых в рамках амбулаторного лечения пациентов осуществляется обеспечение лекарственными препаратами. При этом необходимо закрепление источника финансирования в главе 11 «Финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья» Федерального закона № 323-ФЗ и в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Кроме того, поскольку обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с действующей программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи осуществляется за счет бюджетных средств, а высвобожденные средства относятся к категории средств ОМС, необходимо пересмотреть целевое назначение или создать механизмы передачи данных средств (например, через дотацию федеральному бюджету в целях предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходов субъектов Российской Федерации, возникающих при

обеспечении лекарственными препаратами граждан при установленных заболеваниях в амбулаторных условиях) аналогично действующему механизму предоставления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования дотации федеральному бюджету для предоставления субсидии региональным бюджетам в части видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Реализация предложенных мер должна сопровождаться развитием политики по обеспечению качества амбулаторной медицинской помощи на основе принципов современной доказательной медицины. Основой обновленной системы регулирования качества должна стать непротиворечивая система взаимосвязанных регулирующих документов (порядков оказания и стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций), обновленных с учетом расширенной роли персонала амбулаторно-поликлинического звена.

Список использованных источников

- 1 Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
- 2 Атун Р. Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи? // Европейское региональное бюро ВОЗ. [Электронный ресурс] – Электрон. дан. – Копенгаген, 2004. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74705/E82997R.pdf
- 3 Kringos D.S., Voerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (eds). Building primary care in a changing Europe. Copenhagen, World Health Organization, 2015. – 172 p.
- 4 Saltman R.B., Rico A., Voerma W.G.W. (eds). Primary care in the driver's seat? New York, Open University Press, 2006. - 286 p.
- 5 Vuori H. Health for all, primary health care and general practitioners // The Journal of the Royal College of General Practitioners. - 1986. - № 36 (290). - Pp. 398-402.
- 6 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 03.04.2017) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].
- 7 Шевский В.И., Шишкин С.В. Реформирование первичной медицинской помощи: препятствия и перспективы. – М.: ИЭПП, 2006. - 82 с.
- 8 Kringos D.S., Voerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (eds), Building primary care in a changing Europe – Case studies. Copenhagen, World Health Organization, 2015. – 304 p.
- 9 Garrido M.V., Zentner A., Busse R. The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature // Scandinavian Journal of Primary Health Care. – 2011. - № 29(1). – Pp. 28–38.
- 10 Busse R., Blumel M. Germany: health system review // Health Systems in Transition. - 2014. - №16 (2). - Pp. 1–296.
- 11 Hofmann S.M., Mühlenweg A.M. Gatekeeping in German Primary Health Care – Impacts on Coordination of Care, Quality Indicators and Ambulatory Costs. CINCH Working Paper Series 1605, Universitaet Duisburg-Essen, 2016.

- 12 De Pietro C. et al. Switzerland: Health system review // Health Systems in Transition. – 2015. - №17 (4). – Pp. 1–288.
- 13 Chevreul K. (ed.) France: Health system review // Health Systems in Transition. - 2010. - №12 (6). - Pp. 1– 291.
- 14 Naiditch M., Dourgnon P. The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping // Health Policy. – 2010. - № 94. – Pp. 129-134.
- 15 Langenbrunner J.C. et al. Designing and implementing health care provider payment system: how-to manuals. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2009. - 321 p.
- 16 Berenson R.A. et al. A Typology of Payment Methods. Urban Institute, 2016. - 38 p.
- 17 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (ред. от 30.09.2015) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].
- 18 Приказ Министерства здравоохранения социального развития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].
- 19 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (ред. от 03.09.2015) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].
- 20 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.12.2005 № 765 «Об организации деятельности врача-терапевта участкового» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].
- 21 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.01.2005 № 84 «О Порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].
- 22 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 18.01.2006 № 28 «Об организации деятельности врача-педиатра

участкового» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].

23 Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 09.01.2017) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].

24 Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 г. № 1403 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].

25 Постановление Правительства РФ от 19.12.2015 № 1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].

26 Письмо Министерства здравоохранения России № 11-8/10/2-8266, Федерального фонда ОМС № 12578/26/и от 22.12.2016 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (ред. от 18.05.2017) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].

27 Оценка численности постоянного населения на 1 января 2017 года и в среднем за 2016 год // Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017]. - Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/#

28 Рейтинги и аналитика // Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. – Электрон. дан. – [М., 2017]. - Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/system-oms/analyst-ratings/> (дата обращения: 06.06.2017).

29 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 918н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].

30 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 923н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому

населению по профилю «терапия» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].

31 Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2017].