

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

**Габуева Л.А., Павлова Н.Ф.**

**Экономические механизмы повышения  
эффективности управления в государственном  
секторе здравоохранения в среднесрочной  
перспективе**

**Москва 2016**

**Аннотация.** В настоящее время методология определения границ государственных гарантий в России находится в стадии разработки. Объемно-финансовые нормативы для ежегодного планирования бесплатной для населения медицинской помощи с учетом уровня сложившейся заболеваемости по обращаемости в медицинские организации различных регионов страны имеют недостаточную унификацию, что приводит к несоответствию заявленных государственных обязательств и размеров их оплаты в системе тарифного регулирования обязательного медицинского страхования (ОМС).

Развитие механизмов «электронного бюджета», разработка информационных систем для учета ведомственных перечней государственных услуг (работ) в 2015-2018 гг. дает новые организационно-экономические основания для совершенствования способов планирования и оплаты услуг здравоохранения, переданных на финансовое обеспечение в систему ОМС.

Габуева Л.А., заведующая кафедрой экономики и управления в социальной сфере ИОМ, Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Павлова Н.Ф профессор кафедры экономики и управления в социальной сфере 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 2015 год.

## СОДЕРЖАНИЕ

1 Механизмы повышения эффективности управления в государственном секторе отечественного здравоохранения .....	4
1.1 Процессный сценарий планирования результатов деятельности сферы здравоохранения и ведомственной структуры бюджета под них .....	5
1.2 Структурный сценарный подход к планированию .....	6
1.3 Технологический сценарий развития и финансирования отрасли .....	7
2 Переход на проектный сценарий ежегодно корректируемого бюджета на здравоохранение с учетом сложившейся статистики (прогнозных актуарных расчетов) причин половозрастной заболеваемости по обращаемости граждан в медицинские организации.....	9
3 Медико-экономическая унификация единиц планирования и оплаты медицинской помощи, гарантированной государством и переданной на финансовое обеспечение в систему обязательного медицинского страхования .....	17
4 Формирование мобилизационных сценариев развития обязательного медицинского страхования с учетом пересмотра функций основных участников системы .....	24
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>35</b>
Список использованных источников .....	39

## 1 МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Можно выделить несколько механизмов повышения эффективности управления программами и проектами в сфере отечественного здравоохранения. Отметим, что наибольшее распространение получили индикативные модели программно-целевого планирования.

В последнее время индикативное программно-целевое планирование введено во многих социально-ориентированных секторах экономики. Достаточно привести пример формирования государственной программы «Развития здравоохранения» 2014-2015 гг.

Так, бюджет Минздрава России в ведомственной структуре расходов 2014 года исполнен на 290 085,48 млн. рублей, что составляет 1,96% всех расходов 2014 года (14 831 580,0 млн. рублей) [1].

Большую часть всех средств на здравоохранение (89%) в 2014 году выделяли на принципах программно-целевого планирования. Утвержденная государственная программа «Развитие здравоохранения» исполнена в 2014 году на уровне 258 162,82 млн. рублей (таблица 1).

Таблица 1 – Структура расходов здравоохранения по государственной программе «Развитие здравоохранения» в 2014 году (составлено авторами на основе [2])

N пп.	Наименование государственной программы (подпрограммы)	Показатель	
		Млн. рублей	%
1	2	3	4
1	Государственная программа «Развитие здравоохранения», всего: в том числе по подпрограммам:	258162,82	100
1.1	Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья	706,85	0,3
1.2	Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонифицированной медицинской помощи	6167,36	2,4
1.3	Кадровое обеспечение системы здравоохранения	4626,77	1,8

Продолжение таблицы 1

N пп.	Наименование государственной программы (подпрограммы)	Показатель	
		Млн. рублей	%
1	2	3	4
1.4	Управление развитием отрасли	2435,61	1,0
1.5	Совершенствование оказания специализированной, включая высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), медицинской помощи и медицинской эвакуации	121419,62	47,0
1.6	Профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ	863,02	0,3
1.7	Охрана матери и ребенка	9928,23	3,8
1.8	Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детей	9581,12	3,7
1.9	Развитие первичной медико-санитарной помощи	100523,74	39,0
1.10	Экспертиза и контрольно-надзорные функции	1910,5	0,7

В условиях проведения реформ организационно-экономических основ отечественного здравоохранения 2007-2015 годов все подходы к индикативному планированию, нами объединены в группы. Остановимся на них подробнее.

### 1.1 Процессный сценарий планирования результатов деятельности сферы здравоохранения и ведомственной структуры бюджета под них

Процессный сценарий характеризуется формированием подходов, направленных на повышение эффективности факторов организации лечебного процесса (кадры, капитал, финансы, управление).

Самым ярким шагом ведомственных процессных сценарных решений был период 2007-2010 годы – реализация программных мероприятий национального приоритетного проекта «Здоровье», а также введенный им первый опыт индикативного планирования.

В эти годы развивается «бюджетирование, ориентированное на результат» [3,4].

Этот период совпал с утверждением нового статуса медицинского страхования граждан России, изменениями в экономических механизмах деятельности в отрасли: переподчинение муниципальных учреждений субъектам РФ и ликвидация обязанностей муниципальных бюджетов финансировать медицинскую помощь (только создавать условия для ее оказания); переход со сметы на субсидию (разрыв шаблонов, связанных с содержанием объектов здравоохранения и укоренение тренда на финансирование согласованных объемов деятельности); изменение прав и обязанностей юридических лиц (большая самостоятельность бюджетных и автономных медицинских организаций); расширение финансовых полномочий фондов ОМС (введение механизмов «преимущественно одноканального финансирования») [5,6].

Все это потребовало уточнения критериев результативности работы в отрасли.

## 1.2 Структурный сценарный подход к планированию

Предполагает индикативное управление, которое мотивирует институты отрасли на «эталонное» распределению видов медицинской помощи между специализированной и первичной медико-санитарной, а также на достижение «преимущественной» доли средств ОМС, изменение соотношений источников финансирования и возмещаемых ресурсов за счет каждого из них.

Данный этап характеризуется самым ярким событием – «программой модернизации» здравоохранения 2011-2013-х годов, а также принятием нового федерального законодательства по охране здоровья граждан [7].

В отрасли начато новое перераспределение обязательств по выделению федеральных (региональных) финансовых средств (на обновление МТБ, повышение качества специализированной помощи, внедрение информационных технологий, перепрофилирование врачебных специальностей); сделан акцент на создание высокотехнологичных региональных медицинских центров (сердечно-сосудистых, перинатальных); усиlena роль профилактики (созданы центры здоровья при поликлиниках, уточнены программы дополнительной диспансеризации трудоспособных граждан). Медицинские организации ощутили некоторый дисбаланс между старой сложившейся профильной структурой отделений, коек, специализацией врачей и новыми потребностями населения, а также задачами органов управления.

На этом фоне формируются уточняющие индикаторы эффективности проводимых структурных преобразований видов и объемов помощи, а также вводятся показатели оценки эффективности использования имущества и обязательств медицинскими организациями [8].

### 1.3 Технологический сценарий развития и финансирования отрасли

Оценивает результативность лечения того или иного заболевания, а также эффективность работы коллективов медицинских работников в зависимости от соблюдения рекомендуемых правил единых для всех медицинских организаций, предоставляющих бесплатные услуги населению.

В 2013-2014 годах идет серьезное изменение требований к медицинским технологиям лечения. Самым ярким событием данного направления реформ в области оплаты медицинской помощи можно назвать переход России на международные правила работы по диагностически-связанным группам лечения заболеваний, введением отечественных аналогов – КСГ - клинико-статистических групп [9].

Теперь плановые стационарные расходы отрасли балансируют в зависимости от объемов выполненных КСГ по стоимости эталонных расходов на лечение заболевания МКБ-10, включенного в группу.

Меняются подходы к оценкам качества лечения, они все более формализуются и соотносятся с разработанными клиническими протоколами ведения больных на основе нозологической привязки к назначаемым обязательным процедурам лечения. Все жестче контролируются федеральные порядки (в части наличия достаточного оборудования, и рекомендуемой численности персонала отделений). Регламенты и стандарты в работе всех учреждений отрасли вводятся параллельно со сменой оценок результативности труда исполнителей: осуществляется повсеместное хронометрирование трудовых функций и оптимизация расстановки кадров внутри медицинских организаций. Смена мотивационных трудовых стимулов организаций, их руководителей, а также медицинских работников идет на фоне уточнения общих отраслевых индикаторов эффективности.

На фоне отказа от жесткого государственного регулирования в условиях перехода отрасли на страховые принципы оплаты медицинской помощи, не возможно строить бюджетные оценки здравоохранения, опираясь на «эталонные» результаты,

«нормативные» затраты, оплачивать «идеальные» стандарты для живых людей, которые болеют конкретными болезнями. Ведь принцип страховой медицины «деньги идут за пациентом», предполагает проведение актуарных расчетов, ориентацию финансирования на статистику заболеваемости и риски наступления критических (с точки зрения стоимости) страховых случаев.

## **2 ПЕРЕХОД НА ПРОЕКТНЫЙ СЦЕНАРИЙ ЕЖЕГОДНО КОРРЕКТИРУЕМОГО БЮДЖЕТА НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ С УЧЕТОМ СЛОЖИВШЕЙСЯ СТАТИСТИКИ (ПРОГНОЗНЫХ АКТУАРНЫХ РАСЧЕТОВ) ПРИЧИН ПОЛОВОЗРАСТНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ГРАЖДАН В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

В отличие от процессного, структурного, технологического, - *проектный* сценарий формирования программно-целевых индикаторов развития здравоохранения, ставит цели в виде наиболее острых проблем общественного (регионального) «нездоровья», выделяет под них определенные государственные финансовые ресурсы по заданным правилам. В дальнейшем дополнительно к данному стратегическому курсу устанавливается текущее санкционирование расходов для основных участников и плательщиков услуг.

В 2015-2020-х годах данный способ индикативного планирования, как нам представляется, станет преобладать над всеми, а самым главным аргументом для этого служит переход с 2014-го года на принципы программно-целевого формирования федерального бюджета, средств внебюджетных фондов, в частности: бюджетов федерального (территориальных) фондов ОМС [10,11].

Все сценарные подходы (процессный, структурный и технологический) ориентированы на лучшие (оптимальные) ожидаемые показатели и в разные периоды развития отрасли пересекались между собой, что позволяют и нам объединить используемые в эти годы объемно-финансовые индикаторы, используемые в разных сценариях на макроэкономическом, региональном уровнях для использования их сильных сторон в будущих программах развития здравоохранения (таблица 2).

Таблица 2 - Укрупненная классификация существующих целевых объемно-финансовых показателей для оценки деятельности системы здравоохранения (региональный уровень управления) (составлено авторами, в том числе, с использованием [12])

N	Показатели, характеризующие результаты деятельности в здравоохранении за отчетный (плановый) период
Показатели объемов медицинской помощи по видам	
1.1	Специализированная помощь в условиях стационара, включая высокотехнологичную помощь (количество выполненных КСГ, количество законченных случаев лечения (стандартов) по причинам обращения, средний койко-день на одного человека по причинам обращений и МКБ-10, пролечено больных)
1.2	Специализированная, первичная помощь в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения (посещений на одного человека в год, посещений (профилактических, в неотложной форме, по причине заболевания) на один законченный случай, количество прикрепленных граждан к учреждению (участку), количество методик, выполненных на законченный случай (инструментальных, лабораторных, оперативных пособий) по причинам и МКБ-10)
1.3	Специализированная помощь в условиях дневных стационаров (пациенто-дней на одного человека в год, законченных случаев лечения по причине обращения, средний пациенто-день на одного пролеченного жителя в год, количество исследований (методик, манипуляций, малоинвазивных операций и пр.) на один случай по причинам обращения и МКБ-10)
1.4	Скорая медицинская помощь (число вызовов на одного человека, число результативных вызовов по причинам обращения граждан и МКБ-10)
1.5	Медицинская реабилитация (количество случаев обращения граждан по причинам, средний койко-день на один законченный случай обращения (среднее количество посещений на один случай), количество выполненных методик (лабораторных, инструментальных, иных) на один случай обращения за помощью и по причинам МКБ-10)

Продолжение таблицы 2

N	Показатели, характеризующие результаты деятельности в здравоохранении за отчетный (плановый) период
1.6	Паллиативная помощь (количество случаев обращения граждан по причинам МКБ-10, средний койко-день одного случая, средняя длительность наблюдения в стационаре и (или) на дому на каждый случай по причинам обращения и МКБ-10)
Показатели финансового обеспечения медицинской помощи по видам	
2.1	Финансовый подушевой норматив средств страховых взносов на неработающего жителя в год (за счет бюджетов субъекта РФ)
2.2	Финансовый норматив на жителя в год за счет средств бюджета территориального ОМС, подушевой норматив финансирования СМО
2.3	Подушевой норматив финансирования поликлиник (из расчета средств на каждого прикрепленного гражданина)
2.4	Финансовый комплексный норматив стоимости законченного случая лечения специализированной медицинской помощи по МКБ-10 (в стационаре, на один случай амбулаторно-поликлинического обслуживания, в дневном стационаре)
2.5	Средний тариф оплаты в ОМС одного клинико-статистического заболевания (КСГ) (одного стандарта законченного случая лечения МКБ-10)
2.5.1	В учреждениях 1-го уровня
2.5.2	В учреждениях 2-го уровня
2.5.3	В Учреждениях 3-го уровня
2.6	Средний подушевой норматив оплаты на одного жителя за счет дохода от предпринимательской деятельности
2.7	Доля средств от приносящей доход деятельности в консолидированном бюджете на здравоохранение
2.8	Доля частных организаций, реализующих территориальную программу госгарантий

При агрегировании услуг здравоохранения для целей формирования бюджетных обязательств в условиях корректировок параметров социально-экономического развития России в период 2015-2017-х годов, по нашему мнению, целесообразно выделение «ключевого звена рисковых заболеваний», влияющих на размеры

возмещения расходов медицинским организациям отрасли и лидирующих в структуре заболеваемости по обращаемости граждан.

Выделим несколько примеров расчетных формул для мониторинга ежегодных изменений показателей смертности, заболеваемости населения субъектов РФ для внутристранных сравнений и целей корректировок целевого государственного финансирования по принципу «процессного сценария финансирования» (на примере социально-значимых заболеваний и основных причин смерти).

Ежегодная динамика заболеваемости злокачественными новообразованиями ( $\Delta_{3n}$ ) в субъектах РФ (на 100 000), %:

Отношение числа случаев заболеваемости злокачественными новообразованиями к численности населения в отчетном году

$$\Delta_{3n} = \text{-----} \times 100 \% \quad (1)$$

Отношение числа случаев заболеваемости злокачественными новообразованиями к численности населения в предыдущем году

Ежегодная динамика запущенных случаев с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования ( $\Delta_{вп3n}$ ) в субъектах РФ (на 100 000), %:

Отношение числа запущенных случаев с впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием к численности населения в отчетном году

$$\Delta_{вп3n} = \text{-----} \times 100 \% \quad (2)$$

Отношение числа запущенных случаев с впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием к численности населения в предыдущем году

Ежегодная динамика заболеваемости активным туберкулезом ( $\Delta_{3m}$ ) в субъектах РФ (на 100 000), %:

Отношение числа зарегистрированных случаев заболеваемости туберкулезом к численности населения в отчетном году

$$\Delta_{3m} = \text{-----} \times 100 \% \quad (3)$$

Отношение числа зарегистрированных случаев заболеваемости туберкулезом к численности населения в предыдущем году

Ежегодная динамика запущенных случаев с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза ( $\Delta_{впр m}$ ) в субъектах РФ (на 100 000), %:

Отношение числа запущенных случаев заболеваемости туберкулезом к численности населения в отчетном году

$$\Delta_{впр m} = \text{-----} \times 100 \% \quad (4)$$

Отношение числа запущенных случаев заболеваемости туберкулезом к численности населения в предыдущем году

Ежегодная динамика смертности ( $\mathcal{D}_{C_m}$ ) населения в РФ (число умерших на 1000 чел. населения):

Отношение числа умерших к численности населения в отчетном году.  
 $\mathcal{D}_{C_m} = \text{-----} \times 100\% \quad (5)$   
Отношение числа умерших к численности населения в предыдущем году

Ежегодная динамика смертности населения в трудоспособном возрасте ( $\mathcal{D}_{C_{mtp}}$ ) в субъекте РФ (число умерших на 1000 чел. населения):

Отношение числа умерших лиц, трудоспособного возраста  
к численности населения в отчетном году  
 $\mathcal{D}_{C_{mtp}} = \text{-----} \times 100\% \quad (6)$

Отношение числа умерших лиц, трудоспособного возраста  
к численности населения в предыдущем году

Ежегодная динамика младенческой смертности ( $\mathcal{D}_{M_c}$ ) в субъекте РФ (на 1000 родившихся):

Отношение числа смертных случаев среди родившихся  
к общему числу родившихся в отчетном периоде (на 1000 )  
 $\mathcal{D}_{M_c} = \text{-----} \times 100\% \quad (7)$   
Отношение числа смертных случаев среди родившихся  
к общему числу родившихся в предыдущем (на 1000)

Ежегодная динамика численности лиц в возрасте 18 лет и старше впервые признанных инвалидами на 10 тыс. чел. ( $\mathcal{D}_I$ ) в субъектах РФ:

Отношение число больных впервые признанных  
инвалидами к численности населения в отчетном году.  
 $\mathcal{D}_I = \text{-----} \times 100\% \quad (8)$   
Отношение число больных впервые признанных  
инвалидами к численности населения в предыдущем году

Для обобщения сведений о результатах лечения заболеваний и динамических изменениях показателей здоровья населения на региональном уровне, а также в медицинских организациях в последнее время не обходится без кодирования по МКБ-10, причем есть виды кодов с наибольшим рисками критических заболеваний см. таблицу 3).

Таблица 3 - Основные диагнозы международной статистической классификации болезней (МКБ-10), которые вызывают сравнительный рост заболеваемости и смертности населения в 2013-2015гг.

Код МКБ-10	Наименование фактора риска в соответствии с МКБ-10
R03.0	Повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертензии; повышенный уровень артериального давления
R73.9	Гипергликемия неуточненная
R63.5	Аномальная прибавка массы тела
Z72.0	Употребление табака, курение табака
Z72.1	Употребление алкоголя и риск пагубного потребления алкоголя
Z72.2	Употребление наркотиков; Риск потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача
Z72.3	Низкая физическая активность, недостаточная физическая активность
Z72.4	Неприемлемая диета и вредные привычки в питании, нерациональное питание
Z80 Z82.3 Z82.4 Z82.5 Z83.3	В семейном анамнезе: злокачественное новообразование; Инсульт; Ишемическая болезнь сердца и другие болезни сердечно-сосудистой системы; Другие хронические болезни нижних дыхательных путей; Сахарный диабет

Дополнительно в рамках уточнения акцентов целевого распределения государственных средств, также можно предложить группировать региональную статистику половозрастной заболеваемости по обращаемости граждан в годы, предшествующие плановому периоду, по следующим классам диагнозов МКБ-10:

- (1) основные причины обращаемости за помощью (взрослых и детей) (80% МКБ-10 от всех случаев обращения за помощью);
- (2) смертельные заболевания (взрослых и детей) (МКБ-10, занимающие первые места по причинам смертности населения регионов);
- (3) дорогостоящие виды высокотехнологичной помощи (МКБ-10 с использованием специализированных методов, способов лечения и дорогих лекарственных средств и расходных материалов);
- (4) прочие сопутствующие болезни (наименее часто встречающиеся МКБ-10, редкие заболевания).

Согласованные плановые объемы первых трех видов причин лечения заболеваний могут составлять постоянную неснижаемую часть государственно-страховых ассигнований региональных бюджетов здравоохранения, а рисковая, плавающая величина санкционирования расходов связана с четвертой группой заболеваний и сезонными колебаниями спроса на медицинские услуги, результатами долечивания выявленных в предыдущем году граждан по итогам проведенной профилактической работе и диспансеризации.

Проектный подход к формированию бюджетов здравоохранения позволяет переводить причины обращений граждан за помощью в формализованные в стоимостные характеристики. Это, в свою очередь, позволит определить гарантированный государством минимальный подушевой норматив финансирования целевых программ, что и даст возможность вводить рисковое страхование на случай превышения объемов помощи и ее стоимости. Новая роль страховых институтов сможет проявиться во всей силе в период нового витка модернизации ОМС.

Стоймостное выражение среднего набора медицинских услуг, лекарственных средств и других видов ресурсов в госгарантиях можно определять на основе системы федеральных агрегированных наборов медицинских услуг и лекарственных препаратов с учетом МКБ-10.

Так, авторами предлагается принцип, по которому финансовые ресурсы по федеральной программе государственных гарантий планируются по базовым финансовым нормативам или КСГ-РФ. Отклонения региональных наборов услуг от федеральных по перечню, объему и стоимости являются объектом обоснования иных территориальных объемных и финансовых нормативов, в том числе учитывающих региональные отклонения ресурсоемкости однотипных медицинских услуг.

Предлагается использовать территориальный коэффициент финансового агрегирования нормативной стоимости КСГ-РФ в субъектах Российской Федерации при формировании территориальных программ госгарантий –  **$K_{ter}^{agreg}$** , который учитывает разную стоимость ресурсов и может скорректировать колебания заболеваемости по обращаемости разных групп населения по половозрастной структуре и причинам по МКБ-10 [13].

$$K_{ter}^{agreg} = K^1 \times \sum(D_i^1 * K_i^2) \times (1 + K^m), \quad (9)$$

где:

**$K_{ter}^{agreg}$**  – агрегированный территориальный коэффициент корректировки базового финансового норматива программы государственных гарантий;

**$K^1$**  – коэффициент, учитывающий отклонения объема и перечня территориального набора медицинских услуг при соблюдении в регионе федеральной нормативной стоимости ресурсов здравоохранения;

**$D_i^1$**  – весовые коэффициенты, учитывающие долю *i*-го ресурса в себестоимости услуг;

**$K_i^2$**  – коэффициенты, учитывающие отклонения региональной стоимости ресурсов выше (ниже) федеральной;

**$K^m$**  – иные существенные коэффициенты удорожания ресурсов для услуг и их наборов не представленных в региональном перечне медицинских услуг (например: услуги санитарной авиации для регионов с низкими коэффициентами транспортной доступности или затраты связанные с дублированием объемов медицинских услуг, вызванных повышением доступности медицинской помощи в территориальных образованиях с низкой плотностью населения, т.н. «социальная» функция врача).[13]

### **З МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ УНИФИКАЦИЯ ЕДИНИЦ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ГАРАНТИРОВАННОЙ ГОСУДАРСТВОМ И ПЕРЕДАННОЙ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

Как было сказано выше, в 2014 году впервые в России утверждена федеральная нормативная стоимость среднего случая лечения заболевания по причине обращения в больничные учреждения, которые объединены в группы сходных диагнозов на основе международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Эти группы диагнозов МКБ-10, имеющих одну схему лечения и близкие затраты на лечение в России получили, как известно, название «клинико-статистические группы заболеваний (КСГ)» и представляют одну из адаптированных версий зарубежной практики применения диагностически-связанных групп (GRD).

До перехода на КСГ можно выделить несколько этапов введения в российских регионах агрегированных способов оплаты за оказанную населению медицинскую помощь. Как известно, в годы проведения программы модернизации здравоохранения (2011-2013 гг.) выделялось около 136 млрд. рублей на внедрение федеральных стандартов во всех субъектах России.

При этом, в отечественной региональной практике распространены следующие способы оплаты стационарных услуг отрасли: на большей территории Центральной России, Сибири, в республиках Северного Кавказа и Юга России - законченные случаи лечения, КСГ (федеральные и собственные); на Урале преобладает способ оплаты на основе медико-экономических стандартов (МЭС); в регионах Забайкалья и Центрального Федерального округа еще остаются случаи применения «среднего койко-дня», как способа оплаты оказанной стационарной медицинской помощи и т.п.

Основными принципами использования КСГ во всех 85 субъектах федерации в 2014 году явилась федеральная методология разработки 258 единых групп заболеваний, схожих по технологиям лечения и затратам на оказание услуг. Она использовала единые классификаторы МКБ-10 и номенклатуру медицинских услуг. Однородность случаев внутри КСГ по затратоемкости базируется на финансировании по усредненному нормативу для каждой группы.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) формирует, так называемую, «базовую ставку финансового обеспечения стационарной медицинской помощи», которая равна (или меньше) средней стоимости одного случая

госпитализации по программе государственных гарантий (в 2015 году колеблется от 19 тыс. рублей за случай в ОМС до 62 тыс. за случай по «бюджетным видам»)[12].

Дальнейшая дифференциация стоимости КСГ была проведена уже на уровне формирования территориальной программы ОМС с помощью коэффициентов к базовой стоимости случая лечения: по коэффициенту уровня медицинских учреждений (3 уровня); по управлению коэффициенту (коэффициент, позволяющий уменьшить количество непрофильных госпитализаций и стимулировать развитие применения современных эффективных технологий); по коэффициент сложности курирования пациентов (в связи со сложностью лечения пациента, связанной с возрастом (дети до 4 лет и лица старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развертыванием индивидуального поста по медицинским показаниям и др.). Как показал анализ текущей ситуации в обследуемых субъектах РФ<sup>1</sup>, наиболее централизован размер коэффициента уровня оказания медицинской помощи (см. таблицу 4).

Так, для уровня больниц и поликлиник, оказывающих первичную медико-санитарную помощь установлен коэффициент 0,72 (первый уровень); в межмуниципальных больницах второго уровня, оказывающих специализированную медицинскую помощь действует коэффициент, равный 0,85; в региональных специализированных центрах третьего уровня применяется коэффициент 1,4 к базовой стоимости законченного случая ПГГ [9].

---

<sup>1</sup> ХМАО, Хабаровский край, Ленинградская и Липецкая области

Таблица 4 - Информация о плановых коэффициентах средней затратоемкости КСГ-РФ и средней длительности пребывания по основным профилям и диагнозам МКБ, составляющим 80% счетов-фактур ОМС (составлено авторами по данным [9])

Наименование диагноза МКБ	коэффициент средней затратоемкости	Номер КСГ-РФ	Средняя длительность пребывания (за 2013-2014 год) (дней)	
<b>КАРДИОЛОГИЯ</b>				
I25 Хроническая ишемическая болезнь сердца	1,85	59	10	
I20 Стенокардия [грудная жаба]	1,85	59	10	
I10 Эссенциальная [первичная] гипертензия	0,72	171	10	
<b>ТЕРАПИЯ</b>				
J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках	1,36	152	15	
K81 Холецистит	0,72	169	10	
K86 Другие болезни поджелудочной железы	1,03	25	16	
<b>НЕВРОЛОГИЯ</b>				
M42 Остеохондроз позвоночника	0,77	224	13	
I63 Инфаркт мозга, вызванный тромбозом прецеребральных артерий	2,53	78	20	
G46 Сосудистые мозговые синдромы при цереброваскулярных болезнях (i60-i67+)	1,15	75	20	
<b>ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ</b>				
K80 Желчнокаменная болезнь [холелитиаз]	0,72	169	10	
D17 Добропачественное новообразование жировой ткани	0,68	226	10	
I84 Геморрой	0,59	170	10	
K43 Грыжа передней брюшной стенки	0,59	170	10	

Как видно по данным таблицы 4, «федеральная затратоемкость» КСГ-РФ не привязана к длительности лечения случая заболевания. Для анализа взяты первые места по заболеваемости, а группировка КСГ составлена по принципу наиболее

востребованных диагнозов, составляющих основную нагрузку счета – фактуры ОМС в 2013-2014гг.

Приведем данные о фактическом расхождении стоимости лечения некоторых профилей в субъектах России по сравнению с установленной федеральной стоимостью (таблица 5).

Таблица 5 – Фактические данные о расхождениях в коэффициентах затратоемкости при установлении стоимости КСГ-РФ (на примере 3-х КСГ) в 2015 году в субъектах России (по данным обследуемых авторами НИР 5-ти территориальных программ<sup>2</sup>).

Название КСГ - РФ	<b>КЗфед</b> - федеральный коэффициент затратоемкост и диагноза	Субъекты Российской Федерации					
		Средний <b>КЗсуб</b> в субъектах	1	2	3	4	5
Крайне малая масса тела при рождении, крайняя незрелость	8,15	12,12	9,51	7,6	19,6	27,2	7,40
Острые нарушения мозгового кровообращения	1,89	2,14	1,67	2,55	2,0	2,25	1,95
Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень затрат)	0,98	2,24	1,38	1,06	0,85	0,86	2,50

Данные таблицы 5 свидетельствуют об отсутствии механизмов выравнивания затрат при введении утвержденных ФОМС совместно с Минздравом России коэффициентов (сравнение **КЗфед**, **КЗсуб** по всем причинам обращения за помощью показали существенные колебания). Можно заключить, что либо необоснованно занижена (занышена) нормативная стоимость КСГ по ряду нозологий лечения, либо следует применять иные коэффициенты дифференциации.

<sup>2</sup> ХМАО, Московской, Ленинградской, Липецкой Омской областей

На примере стационара третьего уровня можно наглядно проследить колебания фактической стоимости лечения от нормативной стоимости тарифа КСГ при оказании специализированной медицинской помощи детскому населению по ряду профилей (таблица 6).

Таблица 6 - Соотношение фактической стоимости и тарифа ОМС за законченный случай лечения (на примере стационара окружной клинической детской больницы ХМАО) в 2013-2014гг.

Подразделение	2013 год			2014 год		
	Тариф ОМС	Фактическая стоимость	Превышение (занижение) фактической стоимости и тарифа ОМС, %	Тариф ОМС	Фактическая стоимость	Превышение (занижение) фактической стоимости и тарифа ОМС, %
Инфекционное отделение	33 803,5	58 698,0	173,6	36 758,01	75 869,84	206,4
Хирургическое отделение	56 564,5	54 791,8	96,9	87 316,50	65 135,44	74,6
Травматолого-ортопедическое отделение	66 670,7	39 673,8	59,5	63 373,67	40 761,79	64,3
Урологическое отделение	40 093,1	34 247,0	85,4	70 453,84	43 196,68	61,3
Отоларингологическое отделение	26 251,6	37 044,7	141,1	31 071,96	46 750,22	150,5
Офтальмологическое отделение	31 899,1	29 081,3	91,2	30 040,53	34 830,04	115,9
Пульмонологическое отделение	57 062,7	64 487,7	113,0	42 893,22	86 130,2	200,8
Кардиоревматологическое отделение	37 134,9	85 866,0	231,2	66 227,9	85 471,49	129,1
Неврологическое отделение	70 566,1	62 273,8	88,2	63 971,51	95 458,17	149,2
Детское онкологическое отделение	77 445,4	199 820,6	258,0	20 7805,65	187 160,35	90,1

Продолжение таблицы 6

Подразделение	2013 год			2014 год		
	Тариф ОМС	Фактическая стоимость	Превышение (занизжение) фактической стоимости и тарифа ОМС, %	Тариф ОМС	Фактическая стоимость	Превышение (занизжение) фактической стоимости и тарифа ОМС, %
Гастроэнтерологическое отделение	139 173,6	46 872,1	33,7	44 903,94	54 380,75	121,1
Центр амбулаторного гемодиализа (пациенто-день)	10 208,5	8 156,0	79,9	4 333,96	3 227,91	74,5
В среднем по отделениям	52 768,9	72 352,4	137,1	62 429,23	68 197,74	109,24

Фактическая стоимость законченного случая лечения в стационаре в среднем по отделениям выше, чем тариф обязательного медицинского страхования. Соотношение фактической стоимости и тарифа ОМС составляет в среднем 109,2%, по отделениям он существенно различается. Так, в 7 отделениях он выше 100%, а в 4 отделениях ниже 100% (таблица 6).

Наибольшее превышение фактической стоимости законченного случая лечения в стационаре над тарифом ОМС отмечается в пульмонологическом отделении (200,8%), инфекционном отделении (206,4%), неврологическом отделении (149,2%), кардиологическом отделении (129,1%), отоларингологическом отделении (150,5%). В четырех отделениях фактическая стоимость законченного случая госпитализации ниже утвержденных тарифов ОМС, показатель соотношения составляет в онкологическом отделении 90,1%, в хирургическом отделении 74,6%, в травматолого-ортопедическом отделении 64,3%, в урологическом отделении 61,3% (таблица 6).

Анализ соотношения фактической стоимости и тарифа ОМС за амбулаторно-поликлинический случай лечения в учреждении показывает, что фактические расходы в травмопункте в 5 раз, а в приемном отделении в 2,3 раз выше, чем существующие тарифы ОМС, в консультативно-диагностической поликлинике соотношение составило 158% (таблица 7).

При этом, фактические расходы на бактериологические исследования в 2,6 раза ниже тарифов ОМС.

Таблица 7 - Соотношение фактической стоимости и тарифа ОМС за амбулаторно-поликлинический случай лечения (на примере диагностического центра Омской области) в 2013-2014гг.

Подразделение	2013 год			2014 год		
	Тариф ОМС	Фактическая стоимость	Соотношение фактической стоимости и тарифа ОМС, %	Тариф ОМС	Фактическая стоимость	Соотношение фактической стоимости и тарифа ОМС, %
Травмопункт	833,8	2 478,5	297,3	598,8	3 143,6	525,0
Консультативно-диагностическая поликлиника	1343,1	1 439,6	107,2	999,7	1 585,9	158,6
Приемное отделение	702,6	2205,2	313,9	509,4	1165,5	228,82
Бактериологическая лаборатория (услуги для др. медицинских организаций)	1067,8	250,8	23,5	1060,4	469,21	44,25

Еще более рисковая ситуация с нормированием расходов складывается с высокотехнологичными видами помощи, часть которых оставлена на бюджетном финансировании (459 методик), а другая часть передана на финансовое обеспечение в систему ОМС (1007 методик) [14]. Можно сделать следующие выводы:

- существующие финансовые нормативы программ по развитию здравоохранения не сбалансираны по ресурсам и объемам обязательств;
- механизмы территориального планирования не сдерживает экономические потери общества, связанные с незддоровьем населения и снижением производительности труда трудовых ресурсов, находящихся на лечении и реабилитации;
- требуются новые методические подходы к обоснованию способов оплаты за стационарную и амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь.

## 4 ФОРМИРОВАНИЕ МОБИЛИЗАЦИОННЫХ СЦЕНАРИЕВ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ С УЧЕТОМ ПЕРЕСМОТРА ФУНКЦИЙ ОСНОВНЫХ УЧАСТНИКОВ СИСТЕМЫ

Примеры, приведенные выше о текущей практике формирования объемных и финансовых нормативов программ развития здравоохранения, не позволяют говорить о том, что уже достигнута оптимальная структура государственно-страховых заданий на медицинскую помощь, обеспечивающая рациональное хозяйствование медицинских организаций и эффективное использование ресурсного потенциала отрасли, ориентированная на государственные стандарты, порядки оказания медицинской помощи.

Отсутствие научно-обоснованной методологии оценки спроса населения на медицинскую помощь и порядка формирования территориальных программ государственных гарантий (программ ОМС) на основе объективной его оценки не создают условия для эффективного расходования выделяемых финансовых средств. Данное обстоятельство порождает противоречие между ожиданиями граждан на бесплатную помощь и возможностями выделенных ассигнований на выполнение государственных заданий.

В рамках такого порядка основными элементами неэффективного планирования медицинской помощи являются:

- «мощность» существующей, пусть даже реструктурированной, лечебной сети с ее штатными должностями, койками, оборудованием и т.п., влияющими на фактическое выполненные плановых объемов медицинской помощи;
- оторванное от региональной статистики критичных заболеваний агрегирование диагнозов в КСГ на федеральном уровне, а также приведение расходов к подушевым нормативам финансирования, определенным Постановлением Правительства Российской Федерации по ПГГ и программе ОМС;
- наличие заданных бюджетных ассигнований и средств ОМС в субъекте РФ, а также размер их дефицита, которые не позволяют балансировать интересы граждан и учитывать все возрастающие требования федерального центра о развитии программ «здорового общества» (профилактики, центров здоровья и т.п.);
- отсутствие преемственности при построении программ развития, а также некоторые несистемные экспертные решения должностных лиц и специалистов системы здравоохранения и ОМС.

В этих условиях процесс планирования теряет свою стратегическую составляющую и не может стать основой устранения сложившихся структурных диспропорций в здравоохранении субъекта РФ, которые проявляются в преимущественном развитии тех видов помощи, которые имеют меньше шансов недофинансируться.

Отметим, что потребность населения в медицинской помощи никогда не станет спросом, если отсутствует необходимое ресурсное обеспечение, которое должно определяться не только в целом по региону (по проблеме), но и в рамках медицинских организаций, обслуживающих население по конкретным патологиям.

Важнейшим микроэкономическим аспектом является оценка возможностей медицинской организации в оказании медицинской помощи по «проблемным» заболеваниям населению, которое находится в зоне обслуживания данной организации, с учетом межтерриториальных потоков пациентов, как внутри субъекта, так и за его пределами.

Мы видим два способа оценки возможности (предложения) медицинских организаций.

(1) Можно предложить всем медицинским организациям сформировать годовой план в КСГ, включающих заболевания входящие в медико-социальную проблему, и исходить из этого плана, с последующим оказание медицинской помощи по перечню заболеваний с учетом выполнения порядков и стандартом медицинской помощи. Баланс потребности населения и возможности медицинской организации определяется эмпирическим (опытным) путем. «Узкие» места ресурсного обеспечения субъективно определяются самими организациями. Заявки медицинской организации на недостающее оборудование или отсутствующих специалистов необходимо удовлетворить без оценки эффективности использования ресурсов данной организацией. Этот подход к планированию требует проведения мониторинга по факту оказания медицинской помощи и принятие административных и плановых решений, в случае если медицинская организация «переоценила» свои возможности и на практике не может адекватно оказать помощь по заявленным позициям.

(2) Второй подход к оценке возможностей медицинской организации заключается в формировании паспорта медицинских услуг, которые может реализовать конкретная медицинская организация, исходя из своего ресурсного потенциала (специалистов, оборудования, площадей, вспомогательных служб). Так как любая КСГ может быть

представлена набором услуг диагностики и лечения, включая оперативное лечение, то любая медико-социальная проблема может быть выражена перечнем и числом эти услуг. Данный подход позволяет провести баланс спроса и предложения медицинской помощи нормативно-расчетным путем.

В Российской Федерации имеются практические примеры использования первого способа планирования (таблица 8) с использованием федеральных КСГ-РФ.

Таблица 8 - Фрагмент плана-задания по «неврологии» для медицинских организаций Хабаровского края на 2014 год<sup>3</sup>

Наименование КПГ / КСГ	КГБУЗ "Перинатальный центр" МЗ Хабаровского края		КГБУЗ "Краевая клиническая больница № 2" министерства здравоохранения Хабаровского края		КГБУЗ "Центральная районная больница" МЗ Хабаровского края	
	Кол-во больных	руб.	Кол-во больных	руб.	Кол-во Больных	Стоимость, руб.
Неврология	1 708	58 143 770	3 040	137 007 866	546	16 525 288
Воспалительные заболевания ЦНС	18	923 629	20	874 897	-	-
Дегенеративные и демиелинизирующие болезни нервной системы	22	709 775	20	550 085	2	51 895
Эпилепсия, судороги	372	10 058 23	-	-	2	43 493
Мигрень, головная боль	44	1716 979	-	-	-	-
Расстройства периферической нервной системы	40	1536 309	-	-	18	556 016
Другие нарушения нервной системы	1 212	43198555	200	6 077 131	-	-
Острые нарушения мозгового кровообращения			2 400	118818384	124	5 791 462
Другие цереброваскулярные болезни			400	10687368	400	10082423

<sup>3</sup> Данные официального сайта ТФОМС Хабаровского края: <http://www.khfoms.ru/contents/page/56>

Второй подход был реализован на фактических материалах Ханты-Мансийского автономного округа-Югры в 2013 и 2014 годах [14].

Для обеспечения точного распределения плановых объемов медицинской помощи, с учетом структуры заболеваемости населения, использовались данные медицинской статистики (реестры оказанной медицинской помощи) за предыдущие периоды и формировался массив КСГ-СФ, на базе КСГ-РФ. Так как основой формирования заданий является нахождение баланса между спросом, выраженных через КСГ и ресурсными возможностями (кадры, оборудование, помещения и т.д.) медицинских организаций, то в случае существенного несовпадения данных параметров осуществлялось перераспределение планируемых потоков пациентов и формировался план по оптимизации и модернизации окружного здравоохранения.

Таким образом, достигается индивидуализация планового задания для каждой МО, на основе универсальных (единых) единиц планирования и оплаты медицинской помощи – КСГ-СФ. В работе по формированию плановых заданий участвуют эксперты, главные специалисты департамента здравоохранения округа и медицинские организации. Плановые задания утверждаются решением окружной комиссии по формированию территориальной программы ОМС.

Для формировании плановых заданий на 2015 год для медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа использовались данные по оказанной медицинской помощи по территориальной программе ОМС за пять лет (2010-2014гг) и КСГ-РФ 2015, с учетом региональной адаптации по возрасту, уровню (1, 2 и 3) и условиям оказания (стационар и дневной стационар) [14].

При формировании плановых заданий использовался алгоритм сравнения реестров оказанной медицинской помощи и КСГ, по диагнозу (МКБ-10), признаку возраста и признаку оперативности (для хирургических КСГ).

На рисунке 1 представлен фрагмент формирования государственного задания для медицинских организаций с использованием второго подхода (на примере ХМАО-Югра).

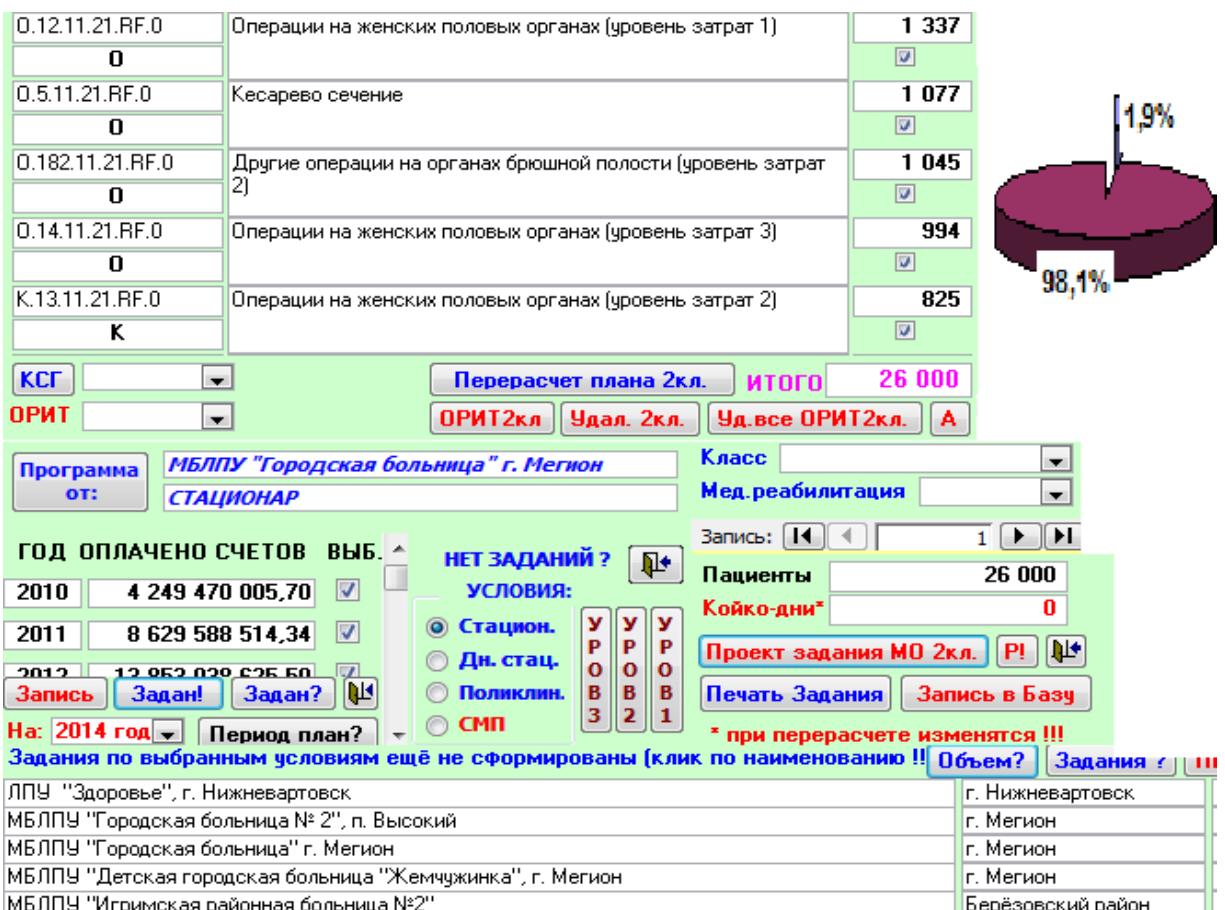


Рисунок 1 - Фрагмент формирования проекта планового задания ХМАО-Югра на 2015 год

Представлен интерфейс формирования плановых заданий для любой медицинской организации (на примере ХМАО-Югра) (рисунок 1).

Сумма заданий по всем медицинским организациям региона дает плановую структуру региональной программы государственных гарантий (программы ОМС), что позволяет не только оптимизировать лечебную сеть, проводя политику непрерывной модернизации медицинских организаций, но и осуществлять текущий мониторинг, своевременно выявлять объективные и субъективные причины отклонения фактической деятельности от плановой, внося в плановые и финансовые нормативы необходимые изменения, в том числе перераспределяя объемы, ресурсы и финансы.

В связи с вышесказанным, требуется внедрение экономических инноваций в управление деятельностью СМО с учетом нового порядка ведения учета услуг в СМО, соответствующих Международным стандартам финансовой отчетности (далее – МСФО) [15].

Страховщик в соответствии с правилами МСФО должен разработать и отразить в учетной политике критерии значительности страхового риска, на основании которых будет производиться дальнейшая классификация договоров. Страховой риск значителен, например, в договорах, когда суммы накопленных страховых взносов не достаточно на выплату возмещения при наступлении инвалидности, смерти застрахованного лица [15].

Кроме того, в практике делового оборота СМО, работающих по договорам с медицинскими организациями на финансовое обеспечение деятельности в ОМС могут возникать специфические риски, возникающие в том числе, ввиду неопределенности страхового события (по дате наступления страхового случая, по сумме возмещения стоимости страхового случая и т.д.) [15].

В российской практике формирования доходов и расходов СМО все внимание уделяется расходованию целевых средств, получаемых от ТФОМС по подушевым нормативам финансирования в зависимости от застрахованных.

Новые требования МСФО (IFRS) 4 «Договоры страхования», вводимые в действие на территории Российской Федерации с 2013 года, дополняют российскую практику расходования целевых средств СМО возможностями отдельных учетных механизмов по собственным средствам страховщика, расчетами расходов и резервов[15].

Кроме того штрафы за ненадлежащее выполнение условий договора, а также пени за неоплату или несвоевременную оплату медицинской помощи, оказанной медицинской организацией по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС предстоит начислять по новым правилам. Если невозможно взыскать неустойки, то они списываются из средств созданного для этих целей резервов, через счета прибыли (убытков) СМО и счета по списание дебиторской задолженности [15].

Причины возникновения финансовых рисков в системе ОМС, по нашему мнению могут быть классифицированы следующим образом.

(1) Традиционные финансовые риски:

(1.1) недофинансирование программы ОМС, особенно при нормировании базовой стоимости КСГ по заболеваниям и платежа на неработающее население без утверждения базовой ставки административно-хозяйственных расходов;

(1.2) недоучет в федеральном планировании объемов госгарантий обоснованных актуарных среднесрочных расчетов страховых случаев по МКБ-10 на базе

экстраполяции сложившейся региональной половозрастной ретроспективной заболеваемости, прогнозов случайных отклонений заболеваний;

(1.3) медленное преодоление практики сметно-распределительного а выделения финансов в бюджеты территориальных фондов (в бюджеты СМО, заданий ЛПУ) без учета положительной (отрицательной) динамики «пролеченных» кодов КСГ, доли оплаченных «критических кодов» МКБ-10;

(1.4) отсутствие поощрительных стимулов для эффективного межмуниципального районирования видов и объемов медицинской помощи, механизмов мобильного перераспределения ежегодных субвенций между территориями.

(2) Новые риски в связи с расширением тарифа ОМС статьями расходов, ранее финансируемых собственником зданий и основных средств и введение КСГ, как способа оплаты, но не планирования помощи:

(2.1) временное выпадение отдельных статей расходов медицинских организаций (амortизация оборудования свыше ста тысяч рублей за единицу, аренда зданий, капитальные расходы и пр.) из тарифов при их структурных преобразованиях, что, по сути, есть ошибки планирования;

(2.2) расширение программы ОМС видами (скорая помощь, высокотехнологичная помощь, медицинская реабилитация) и плановыми объемами данной помощи без соответствующего финансового обеспечения.

Риски недофинансирования, финансовой необеспеченности программы ОМС (пп.1.1, 2.1, 2.2) являются системными и должны покрываться внутри системы ОМС за счет межбюджетных трансфертов и распределения нормированного страхового запаса ФОМС.

При этом бюджет субъекта также имеет механизмы передачи межбюджетного трансфера в территориальный фонд ОМС (ТФОМС) на финансирование службы скорой медицинской помощи (кроме санитарной авиации), а также на «страховые» методики высокотехнологичной помощи.

Покрыть недофинансирование территориальной программы ОМС сверх базовой, единой для всех субъектов, за счет средств региональных бюджетов могут не все ТФОМС, что формирует критические размеры их дефицита.

Территориальный фонд ОМС за счет полученных от ФОМС средств финансирует территориальную программу ОМС, направляя средства в СМО, пропорционально численности застрахованному населению с учетом пола и возраста. СМО оплачивает

медицинскую помощь, оказанную застрахованным гражданам в медицинских организациях в пределах плановых объемов, контролируя её полноту и качество. ТФОМС оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам из других субъектов РФ (т.н. межтерриториальная помощь), проводя взаиморасчеты с другими территориальными фондами ОМС.

На оплату медицинской помощи в системе внутриконтурного распределения средств ОМС направляется не менее 97-98% средств полученных территориальными фондами в субъектах России, что значительно выше, чем в аналогичных зарубежных страховых организационно-экономических моделях (до 85% средств) и сопоставимы с государственными моделями здравоохранения (до 95-98% средств).

Покажем на примере трех крупных страховых компаний структуру их финансовых средств и возможности оптимизации механизмов распоряжения собственными средствами СМО (рисунок 2).

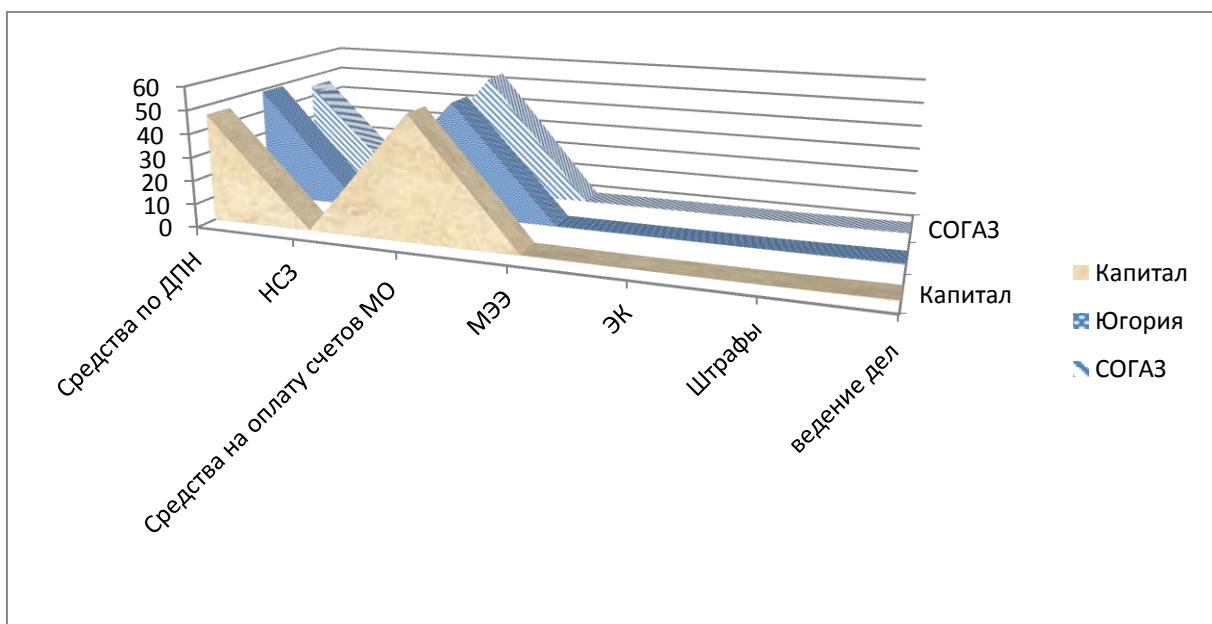


Рисунок 2 - Структура целевых и собственных средств страховых медицинских организаций ХМАО в 2014 году<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Сокращения, используемые на рисунке: НСЗ-нормируемый страховой запас, медико-экономическая экспертиза (МЭЭ), экспертиза качества (ЭК), дифференцированным подушевым нормативам (ДПН).

Как видно на рисунке, в 2014 году средства СМО формируется за счет:

(1) Средств, направляемых им из ТФОМС по дифференцированным подушевым нормативам (ДПН), которые составляют в СМО соответственно в «Капитале», «Югории», «СОГАЗ-Мед»: 45, 49, 46 процентов всех средств) (рисунок 2). Размер средств зависит от половозрастной структуры застрахованного населения и уровней территориальных условий предоставления помощи.

(2) Средств, направляемых на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в медицинских организациях (МО), которые составляют соответственно в «Капитале», «Югории», «СОГАЗ-Мед»: 53, 50,54 процентов всех средств (рисунок 2). Отмечается сравнительно низкая доля средств, получаемых СМО от экспертной работы в ЛПУ, направленной на защиту прав застрахованных граждан. При суммировании всех этих средств (медицинско-экономическая экспертиза (МЭЭ), экспертиза качества (ЭК), штрафные санкции) доля их находится в диапазоне, не выше: 0,46% в «Капитал»; 0,31% в «Югории»; 0,26% в «СОГАЗ-Мед».

Реализация дополнительных полномочий СМО может основываться на объединении финансовых рисков и возмещения их за счет собственных средств объединенного фонда штрафных санкций.

Так, если фактическая стоимость КСГ при наступлении страхового случая превышает плановый норматив, то для пациента, непрощедшего обязательную диспансеризацию, но госпитализированного по экстренным показаниям, оплата разницы «ляжет» на собственные средства СМО.

Обоснованием нашего утверждения может служить тот факт, с пациентами, которым по итогам диспансеризации присвоена 3-4 группа здоровья, не проводится должная организационно-учетная и разъяснительная работа в СМО, а также не в полной мере обеспечены их права на доступность специализированной медицинской помощи, предусмотренные ТПОМС. При этом штрафные санкции за превышение сроков лечения таких пациентов, как правило, предъявляются СМО к медицинским организациям по договору на их финансовое обеспечение.

Справедливости ради следует сказать, что средства «займствованные» из системы ОМС на уплату штрафных санкций по итогам претензионной работы к медицинским организациям могут составлять в год сумму равную среднему годовому финансированию небольшого ЛПУ. Эти средства становятся собственными средствами

СМО и предлагается мобилизационные механизмы их возврата в систему здравоохранения.

Риски случайных превышений плановых показателей объемов медицинской помощи (пп.1.2, 1.3), таким образом, по нашему мнению, могут быть приняты на страхование в СМО на основе актуарных расчетов.

Риски, связанные с ошибками планирования (пп.1.4), требуют дополнительного изучения для решения о возможности их страхования.

Модернизация системы обязательного медицинского страхования с опорой на управление рисками, в том числе на уровне СМО, предполагает следующие основные элементы преобразований:

- расчет стоимости территориальной программы: плановой (средней); рисковой с учетом статистических отклонений составляющих ее объемов, отклонений тарифов КСГ от полной их стоимости, а также размеров платы за риск на основе медицинской статистики и актуарных расчетов;
- формирование государственного задания для медицинской организации на основе осознанного выбора застрахованных граждан и несение ответственности за его выполнение;
- разделение ответственности за риски убытков по страховым случаям ОМС при выполнении государственного задания между СМО (несут ответственность за статистически рассчитываемые отклонения от плановых показателей пропорционально размеру платы за риск) и ТФОМС (несет ответственность за недофинансирование) на основе договора страхования рисков нехватки целевых средств;
- разделение подушевого норматива финансирования в системе договорных отношений активное участие СМО в расчете плановой (средней) и рисковой составляющей норматива;
- формирование консолидированных по территориям РФ страховых резервов в виде согласованного % отчислений от средств штрафных санкций, полученных СМО от медицинских организаций (% от собственных средств страховщика);
- создание дополнительного резервного фонда профессиональных объединений в рамках саморегулируемой организации страховщиков (резерв СРО страховщиков);
- восстановление фонда предупредительных мероприятий (ФПМ), из средств страхового платежа и иных источников и использование целевых средств и средств

резервов для оплаты медицинской помощи застрахованным с учетом обоснованных цифр половозрастной заболеваемости по обращаемости в медицинские организации;

– использование механизмов перестрахования рисков нехватки целевых средств и средств резервов в фонде ОМС в рамках договора страхования;

– введение мотивации медицинских организаций на экономию целевых средств ОМС и унификация механизмов использования остатков на конец года средств ОМС.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аудит расходных обязательств в сфере здравоохранения при изучении «Программы развития здравоохранения 2020», территориальных программ государственных гарантий (базовой программы ОМС) показал дублирование направлений и функциональных задач по вопросам профилактики заболеваний, программ диспансеризации (таблица 1, [11]).

Одновременно и безосновательно, на наш взгляд, не вводится проектное финансирование мероприятий по борьбе с основными и критическими причинами «нездоровья» (таблица 2 таблица 4), которые помогут выявить новые мобилизационные механизмы внутриконтурного формирования рисковых механизмов обязательного медицинского страхования.

При сравнительном анализе стоимости норматива КСГ и его фактической расходной части выявлено, что в ряде случаев он существенно завышен, а иногда сильно занижен (таблицы 5-7), что говорит о том, что удельные стоимостные значения не всегда унифицированы в отраслевых программах для целей планирования финансовых средств нужна большая обоснованность таких расчетов.

В контексте прозвучавшей критики некоторых механизмов целевого финансирования здравоохранения позволим сформировать основные механизмы государственного управления, влияющие на макроэкономическую эффективность отрасли в среднесрочной перспективе:

- ежегодная индикативная корректировка выделенных и освоенных объемов финансирования (по подпрограммам ПР, ПГГ, ТПОМС), мобильное перераспределение средств с учетом динамики объемов половозрастной заболеваемости по обращаемости (коды МКБ-10) и динамики территориальной дифференциации норматива финансовых затрат на каждый случай обращения с учетом стоимости основных закупленных ресурсов (лекарственные средства, расходные материалы, предметы медицинского назначения и пр.);

- формирование агрегированных комплексов медицинских услуг ОМС-МКБ-10, которые составляют в регионах «ключевое звено» счета-фактуры и формирование под них прогнозных планов закупок лекарственных средств и медицинских изделий с учетом среднегодовой статистики заболеваемости по обращаемости граждан, присвоение причинам обращений нормативов полных расходов на основе тарифа клинико-связанных групп заболеваний в стационарах, дневных стационарах;

- разработка агрегированных комплексов медицинских услуг для среднего случая амбулаторно-поликлинического обслуживания по причине МКБ-10 и формирование гарантированных подушевых нормативов финансирования АПУ по видам диагнозов, а также обоснование рисковой надбавки за счет средств СМО (резервы, собственные средства штрафных санкций) и способов ее выделения при сезонных колебаниях количества обращений граждан за профилактической, неотложной и помощью, связанной с заболеванием;
- ежегодная корректировка федеральных (региональных) перечней «льготных лекарственных списков» и финансов для этих целей с учетом фактических закупок и заявленных потребностей населения, сложившейся динамики обращений граждан по видам заболеваний, случаям впервые выявленных заболеваний (инвалидизации);
- расширение возможностей ОМС, особенно в промышленно-развитых регионах, свободных экономических зонах, технопарках на базе нового диалога с работодателями, а также со СМО для введения принципов рискового страхования, а также резервирования средств на непредвиденные расходы при всплесках заболеваемости по обращаемости, для расширения профилактических программ и (или) завершения ранее начатых программных мероприятий по диспансеризации трудоспособного населения;
- пересмотр политических взглядов региональных лидеров по вопросам ограничений для внебюджетной деятельности государственных учреждений здравоохранения, расширение программ государственно-частного партнерства, возможностей использования механизмов целевого капитала частных инвесторов, а также уточнение их прав собственности и имущественных отношений в субъектах РФ, влияющих на размер государственных средств по содержанию, капитальному ремонту и иным долгосрочным инвестиционным вложениям;
- доработка требований по лицензированию деятельности, аккредитации и сертификации специалистов, влияющих не только на допуск к занятию медицинской деятельностью, но на возможности развития малого и микро- предпринимательства отдельных врачей специалистов, работающих с использованием патентного права в медицинских организациях любой организационно правовой формы;
- совершенствование фискальной политики для государственных учреждений, развивающих аутсорсинг профильных функций и государственно-частное партнерство

в рамках реализации одного стандарта (КСГ) силами двух учреждений, позволяющее привлекать альтернативные финансы в отрасль;

- локализация процедур контроля качества и безопасности медицинской деятельности на уровне каждой медицинской организации – экономического субъекта, с включением в обязательные локальные нормативные акты медицинских организаций регламентов внутреннего финансового контроля;

- дополнение вневедомственных процедур аудита эффективности использования ресурсов и целевого (рационального) расходования государственных финансовых средств механизмами саморегулирования на уровне объединенных групп менеджеров, профессиональных ассоциаций врачей.

Современные экономические методы управления в здравоохранении по названным выше направлениям совершенствования, по нашему мнению, создадут предпосылки эффективного взаимодействия между элементами управления (субъект управления; объект управления; управленческие воздействия, среда), которые приводят к их качественным изменениям системы финансового обеспечения государственных гарантий в сфере здравоохранения.

Выделим следующие основные экономические механизмы управления отраслью, совершенствование которых способно обеспечить повышение эффективности планирования, реализации программ и проектов здравоохранения:

- взаимосвязанное планирование всех государственных программ, программ развития предпринимательства в регионах России и проектов ГЧП с обоснованием критериев отбора публичного и частного партнера;

- тарифообразование и (или) регулирование цен на товары (работы, услуги) с учетом определения гарантированной государством базовой ее величины и рисковой ее составляющей;

- территориальное распределение ресурсов и районирование деятельности с учетом статистически обоснованной динамики уровня половозрастной заболеваемости по обращаемости населения за помощью, объемами складывающихся миграционных процессов, старения населения при одновременном «омолаживании» ряда заболеваний и т.д.;

- обоснованное программно-целевое инвестирование в региональное здравоохранение, финансирование деятельности медицинских организаций по

адресным видам помощи с учетом объективизации объемов помощи и затрачиваемых ресурсов;

- мотивация результативности субъектов управления и мобильное перераспределение средств за достижение медико-экономических результатов.

Обобщенным критерием эффективности применяемых экономических методов управления является достижение баланса между объемными показателями помощи, целевыми индикаторами деятельности всех участников процесса производства товаров (работ, услуг) и распределяемыми для этого ресурсами: финансовыми, кадровыми, материально-техническими.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Федеральный закон от 5 октября 2015 года № 276 «Об исполнении бюджета 2014 года»
- 2 Постановление правительства РФ от 15 апреля 2014 года №249 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения»»
- 3 Л.С. Кабир Характеристика внедряемых механизмов программно-целевого бюджетирования, ориентированного на результат // Финансовый вестник: финансы, налоги, страхование, бухгалтерский учет. 2008. N 2
- 4 Е.Н. Матвеев, Д.А. Бармин. Актуальность внедрения бюджетирования, ориентированного на результат, в Российской Федерации // Бухгалтерский учет в бюджетных и некоммерческих организациях. 2007. N 22
- 5 Федеральный закон от 08 мая 2010г. №83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений»
- 6 Федеральный закон №326-ФЗ от 29.11.2010г. «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
- 7 Федеральный закон №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 8 Д.В. Филатов. Система оценки деятельности учреждений здравоохранения при производстве медицинских услуг: Автореф. дисс. канд. экон. наук. СПб - 2008.
- 9 Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования" от 15.12.2014 №11.9/10/2-9454
- 10 Федеральный закон от 7 мая 2013 г. N 104-ФЗ "О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием бюджетного процесса"
- 11 Федеральный закон от 20.04.2015 N 94-ФЗ «О внесении изменений в федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2015 году и на плановый период 2016 - 2017 годов»
- 12 Постановление Правительства РФ от 29 ноября 2014 года №1273 «О программе государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью в 2014 году и на плановый период 2015 и 2016 годов»

- 13 А.П. Фучежи, М.В. Пирогов. Теоретические и практические аспекты совершенствования планирования и финансирования здравоохранения с использованием групп однородных заболеваний. Монография, приложение к журналу ГлавВрач, М: 2014, № 9. 86 С.
- 14 Приказ Минздрава России от 10.12.2013 № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи»
- 15 Приказ Банка России 04.09.2015 N 491-П "Отраслевой стандарт бухгалтерского учета в страховых организациях и обществах взаимного страхования, расположенных на территории Российской Федерации"