

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

Габуева Л.А., Пирогов М.В.

**Обоснование механизмов планирования, оплаты и
тарификации медицинских услуг в
постмодернизационных программах по развитию
здравоохранения**

Москва 2014

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2013 год.

Содержание

Введение	4
Раздел 1. Научно-методические основы реформирования сферы медицинских услуг	8
Раздел 2. Клинико-статистические группы заболеваний как основа совершенствования организационно-экономических отношений в сфере медицинских услуг	22
Раздел 3. Анализ современной нормативно-методической основы ресурсного обеспечения здравоохранения и методические подходы к формированию экономических нормативов ресурсного обеспечения медицинской помощи	38
Раздел 4. Планирование и финансирование медицинской помощи с использованием экономических нормативов ресурсного обеспечения с целью достижения клинико-экономического баланса регионального здравоохранения	54
Заключение	64

Введение

Прошедшее десятилетие (2002 – 2012 г.г.) для России было связано с постоянным ростом валового внутреннего продукта и увеличением размера бюджетных расходов на здравоохранение.

Источниками данного роста все еще остается сырьевая составляющая, при отсутствии диверсификации национальной экономики и как следствие, серьезная зависимость наполнения бюджета от мировых цен на энергоносители. Несмотря на существенное увеличение государственных расходов в сфере медицинских услуг, за последнее десятилетие уровень общественного здоровья в характеристиках средней продолжительности жизни и уровня общей смертности, значительно отличается от аналогичных показателей развитых экономических стран.

Ситуация в российском здравоохранении в настоящее время негативная. И связано это с государственной политикой в сфере медицинских услуг, недооценивающей её роль для здоровья населения и экономики в целом. Национальная система здравоохранения, использующая обязательное медицинское страхование не обеспечивает потребности населения в медицинской помощи. В результате проводимых реформ национальной системы здравоохранения, в настоящее время существуют системные противоречия. Это противоречия между принципами управления отраслью, её финансированием и обязательным страхованием населения. Характерная для советского периода командная система управления не способна обеспечить новый уровень требований к эффективности здравоохранения в условиях рыночной экономики, но практическое использование прошлых принципов управления препятствует возникновению новых экономических форм деятельности медицинских организаций. Что в свою очередь не способствует развитию хозяйственной самостоятельности и росту эффективности в отрасли. Программа государственных гарантий в сфере медицинских услуг носит выраженный, декларативный характер. Государственные гарантии не выражаются конкретным перечнем и объемом медицинских услуг и их комплексов. В то же время общественные (государственные и страховые) финансовые ресурсы ограничены на уровне в 4-6 раз ниже, чем в других развитых странах.

За последние несколько лет государственные финансовые вложения в отрасль постоянно растут. Это национальный проект «Здоровье» и программы

«Модернизации здравоохранения». Принят федеральный закон, позволяющий изменить организационно-правовую форму медицинских организаций.

В 2011 году вступил в силу новый закон, кардинально изменивший систему обязательного медицинского страхования. Законодательная деятельность коснулась и российского здравоохранения. Тем не менее существенных изменений индивидуального и общественного здоровья в России не происходит.

Отечественное здравоохранение в своей нормативной составляющей, определяющей необходимые ресурсы и их эффективное использование, все еще сохраняет черты экстенсивного развития. Все еще преобладают узкоспециализированные врачебные специальности, в противовес международной практике успешного развития первичной медицинской помощи. Сохраняется приоритет в финансировании больничной помощи в условиях стационара, при этом средняя длительность пребывания на больничной койке одна из самых высоких в мире. При распределении ресурсов среди государственных медицинских организаций не учитываются региональные особенности, в том числе по доступности медицинской помощи в регионах с низкой плотностью населения.

Проблемы отечественной системы здравоохранения, требуют принципиальных решений по изменению государственной политики в части реализации организационно-экономических задач.

Президент Российской Федерации, в бюджетном послании, определил следующие задачи по совершенствованию национального здравоохранения:

- необходимо повысить качество предоставляемых населению государственных и муниципальных услуг. Прежде всего, это относится к столь значимым для общества сферам, как образование, здравоохранение и культура. От успешности действий в этих сферах непосредственно зависят условия жизни населения. Эффективность осуществления бюджетных расходов в этих сферах справедливо принимается в расчет и при оценке качества инвестиционного климата, поскольку эти расходы рассматриваются как инвестиции в человеческий капитал;

- неэффективно с точки зрения использования бюджетных средств и несправедливо по отношению к гражданам, когда одинаково финансируются организации, предоставляющие как качественные, так и некачественные услуги, когда одинаково оплачивается труд как добросовестных, так и недобросовестных работников;

-обеспечить практическую реализацию уже предусмотренного законодательством нового механизма финансирования государственных и муниципальных учреждений, а в самих учреждениях - обеспечить переход к «эффективному контракту», который должен четко определять условия оплаты труда и «социальный пакет» работника в зависимости от качества и количества выполняемой им работы;

-этапы перехода к «эффективному контракту» должны быть увязаны с конкретными структурными и институциональными изменениями в отраслях социальной сферы, направленными на повышение эффективности образования, науки, культуры, здравоохранения.

Решение данных задач требует создания новых организационно-экономических отношений, обеспечивающих эффективное и рациональное использование ресурсного потенциала медицинских организаций. Что позволит повысить доступность и качество медицинских услуг.

Это сложная научная и практическая проблема, затрагивающая все элементы национальной системы здравоохранения.

Необходимость принятия новой концепции развития системы российского здравоохранения связана с серьезными изменениями в экономической и политической жизни России, которые произошли за последние десять лет. Концепция должна озвучить стратегическое направление развития отечественного здравоохранения, определив все общественно-политические, экономические, социальные и прочие проблемы современной России. В концепции необходимо озвучить негативную ситуацию в здравоохранении, как результат недальновидной государственной политики конца XX века. Недооценка роли системы здравоохранения для населения страны и национальной экономики в целом, приведшая к снижению уровня индивидуального и общественного здоровья. Текущее состояние системы здравоохранения в Российской Федерации и обязательного медицинского страхования не соответствуют реальным условиям, связанным с отставанием уровня здоровья населения России от других экономически развитых стран. В применяемых схемах управления, финансирования, страхования имеется ряд системных противоречий. Характер экономических отношений в медицинских учреждениях не обеспечивает их хозяйственную самостоятельность, необходимую при реализации страхового механизма

финансирования медицинских услуг. Программа государственных гарантий по бесплатному предоставлению населению доступной и качественной медицинской помощи имеет декларативный характер. В данной программе отсутствует конкретный перечень объема медицинских услуг, медицинских технологий и лекарственных средств, но при этом финансирование программы ограничено конкретной суммой, которая существенно ниже, чем в экономически развитых странах. Эта одна из причин высокой доли частных расходов на здравоохранение в нашей стране, и как следствие - ограничения доступности пациентов к бесплатной медицинской помощи.

В настоящее время отсутствует методология определения плановой потребности в медицинских услугах с учетом спроса населения на современную медицинскую помощь. Не сформированы методы определения границ государственных гарантий. Не определена структура государственного заказа на медицинские услуги, учитывающая рациональную деятельность медицинских организаций с учетом стандартов и порядков медицинской помощи.

Таким образом, необходимость представления спроса населения на медицинскую помощь в виде стандартизированных наборов медицинских услуг и лекарственных средств, становится ключевой при формировании программы государственных гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи гражданам РФ.

Раздел 1. Научно-методические основы реформирования сферы медицинских услуг

Состояние здоровья всего населения в стране характеризует национальное здоровье или общественное здоровье. Учет уровня здоровья различных половозрастных, социальных и профессиональных групп людей, проживающих на определенной территории, определяет здоровье нации. Уровень здоровья населения влияет на характеристику трудовых ресурсов (количественную и качественную), что в свою очередь определяет социальную, экономическую и трудовую активность населения. Качество и количество трудовых ресурсов, в свою очередь, оказывают воздействие на уровень ВВП, национального дохода и другие важные макроэкономические показатели национальной экономики.

Важнейшим фактором, определяющим уровень социального и экономического развития общества, а также национальной безопасности, одним из основных условий для постоянного экономического роста является здоровье людей.

Охрана и укрепление здоровья граждан сегодня заняли приоритетное место в государственной политике большинства экономически развитых стран.

Индивидуальное и общественное здоровье в России - один из национальных приоритетов государственной политики в настоящее время. Президент Российской Федерации В.В.Путин отметил, что в современных условиях эффективное здравоохранение - это проблема государственного масштаба.

Международный опыт показывает, что среди задач, которые обычно ставятся перед национальным здравоохранением, можно выделить ряд задач, общих для различных стран:

- улучшение состояния здоровья граждан;
- развитие здорового образа жизни населения;
- предотвращение тех болезней или травм, которые могут быть предотвращены при использовании новейших медицинских технологий;
- функционирование системы здравоохранения, в рамках реальных финансовых ограничений и эффективное использование ресурсов.

Решение данных задач достигается взаимодействием различных областей деятельности – клинической, общественно-политической, и социально-экономической.

Экономика здравоохранения изучает экономические отношения и хозяйственные контакты, возникающие между людьми в процессе профессиональной медицинской деятельности, т.е. в процессе оказания медицинских услуг.

Данные отношения делятся на две группы:

1. *Организационно-экономические отношения.* Их характер определяется технологией самого лечебно-профилактического процесса и отражает те общие черты, которые имеет вся совокупность медицинских организаций данного типа: стационары, поликлиники, диагностические центры и т.д. Примером организационно-экономических отношений может служить система финансирования медицинских организаций, включающая: механизмы формирования государственных заданий на медицинскую помощь и расчета тарифов на медицинские услуги, порядок взаиморасчетов и т.д.

2. *Социально-экономические отношения.* Их анализ дает возможность выявить специфические, особенные черты хозяйственной деятельности медицинских организаций, которые функционируют в России в различных организационно-правовых формах:

- казенные, бюджетные и автономные государственные и муниципальные учреждения;

- частные, кооперативные, акционерные и общественные организации;

- индивидуальные предприниматели.

В этой связи, систему здравоохранения можно определить как совокупность множества обеспеченных законодательно, последовательных, мотивированных действий медицинского персонала: врача, фельдшера, медицинской сестры и т.п., направленных на достижение результата в виде оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг, а так же планирование этой помощи в будущем.

Современные экономические отношения в здравоохранении требуют конкретизации медицинских услуг не только в описании профессиональных действий исполнителей, но и определения перечня и характеристик ресурсов, необходимых для их реализации, таких как:

-трудозатраты врачебного, среднего медицинского и прочего персонала медицинской организации, т.е. время оказания услуги и её сложность, учитывающую требования к квалификации и профессиональным навыкам специалистов;

-расходные материалы, непосредственно используемые при оказании услуги;

-инструменты и оборудование;

-здания и сооружения.

Основой единообразного описания существующей медицинской практики являются классификаторы и справочники медицинских услуг. С одной стороны, они необходимы для единообразного представления различных медицинских технологий лечения одного и того же заболевания, с другой стороны - для оценки совокупной потребности в ресурсах здравоохранения, планирования числа специалистов здравоохранения, оказывающих данные услуги, и определения перечня и количества лечебного и диагностического оборудования.

Формирование национальной номенклатуры медицинских услуг является обязательным условием для совершенствования экономических отношений в здравоохранении. Более того, наличие номенклатуры медицинских услуг и формализованное описание технологии по их реализации является обязательной основой для создания стандартов медицинской помощи, и формирования клинко-статистических групп заболеваний, без которых невозможно корректно оценивать и планировать структуру, объем и стоимость необходимых ресурсов здравоохранения.

Существенным недостатком номенклатуры услуг в здравоохранении Российской Федерации, утвержденной министерством здравоохранения, является отсутствие нормативных параметров трудоемкости и сложности медицинских услуг, а также отсутствие состава сложных медицинских услуг.

Отсутствие перечисленных параметров не позволяет провести корректные расчеты ресурсного обеспечения медицинских услуг и их комплексов, в том числе стандартов медицинской помощи, что приводит к различной оценке необходимого числа врачей и специалистов со средним медицинским образованием в разных регионах России и в различных медицинских организациях. Требования порядков оказания медицинской помощи к штатной численности различных структурных подразделений медицинских организаций сложно реализовать без обоснования нагрузки специалистов данных подразделений. А нагрузку специалистов

невозможно обосновать без наличия нормативной трудоемкости медицинских услуг, выполняемых данными специалистами.

Независимо от национальной системы здравоохранения отношения между домохозяйствами и медицинскими организациями строятся по схеме, в которой первые всегда являются потребителями услуг, предоставляемых вторыми.

В зависимости от способа организации и схемы финансирования медицинских услуг изменяется функция страховых медицинских организаций и государства. Страховые медицинские организации представлены в национальных системах здравоохранения в качестве информированного покупателя для «страховой» схемы финансирования. Данная схема реализуется через добровольное - коммерческое страхование или через обязательное – социальное страхование, распространяющее свое действие на всех граждан страны, тогда это – всеобщее страхование, или на отдельные группы населения.

Практически для всех экономически-развитых стран характерно стремление государства переложить часть растущих затрат на здравоохранение на плечи налогоплательщиков (домохозяйства и фирмы). Это делается не только для покрытия дефицита в здравоохранении, но и для экономической мотивации сохранения и поддержания индивидуального здоровья. Такой подход стимулирует рациональное потребление медицинских услуг и делает экономически выгодным здоровый образ жизни. В большинстве развитых стран определены государственные объемы и перечни гарантированных медицинских услуг и минимальные стандарты лечения на безвозмездной основе, что позволяет совместить принципы бесплатности медицинской помощи, декларируемые Конституцией, с реальными возможностями государства.

Оптимальное соотношение рыночных механизмов и государственного регулирования во многом определяет эффективность той или иной национальной системы. В целом же уровень управления здравоохранением зависит от того, насколько государственное регулирование способствует или препятствует развитию внутренних механизмов рынка медицинских услуг.

Ключевой вопрос любой системы здравоохранения — достижение баланса между государственным регулированием отрасли и рыночными механизмами. В связи с этим наиболее перспективной представляется модель регулируемого рынка (т.н. «квазирынка»), которая принимает в Нидерландах, Швеции и Израиле форму

«регулируемой конкуренции», в Великобритании — «внутреннего рынка», в Швеции — «планового рынка».

Государство в регулируемом рынке медицинских услуг обеспечивает поддержание макро-равновесия между спросом и предложением медицинских услуг, определяет перечень и объемы гарантированных услуг, направления и приоритеты развития национальной системы здравоохранения. Роль государства заключается в нормативно-правовом ограничении общего роста расходов, стимулировании развития наименее затратных медицинских технологий и услуг, ограничении роста дорогостоящих методов диагностики и лечения при условии сохранения высокого качества медицинской помощи.

Основой государственной социальной политики является обеспечение приоритета сохранения и улучшения здоровья населения как важнейшей производительной силы общества, определяющей национальную безопасность страны и ее экономическое развитие.

В развитых странах здоровье населения в настоящее время рассматривается как один из важнейших показателей, характеризующих уровень социально-экономического развития. В современных условиях действительное богатство экономически лидирующих стран определяется состоянием нематериальных форм богатства и сфер, обеспечивающих развитие человека. Прогресс всё в большей степени обеспечивается не темпами роста продукции, а качеством жизни населения.

Есть много путей улучшения и поддержания здоровья. Некоторые из них находятся за пределами сектора здравоохранения. Условия, в которых люди растут, живут, работают и стареют, оказывают сильнейшее влияние на то, как они живут и умирают. Образование, жилье, пища и занятость — все это влияет на здоровье. Устранение неравенства в этих сферах устранил неравенство в отношении здоровья.

Также очень важным является обеспечение своевременного доступа к медицинским услугам, включающим в себя формирование здорового образа жизни, профилактику, лечение и реабилитацию. Его нельзя достичь без хорошо функционирующей системы финансирования здравоохранения.

Признавая это, государства-члены Всемирной организации здравоохранения в 2005 году взяли на себя обязательство развивать национальные системы финансирования здравоохранения таким образом, чтобы все люди имели доступ к

медицинским услугам и при этом не испытывали финансовых затруднений при их оплате. Эта цель была определена как всеобщий охват услугами здравоохранения.

В стремлении к этой цели правительства сталкиваются с тремя фундаментальными вопросами:

1. Как такая система здравоохранения должна финансироваться?
2. Как правительства могут защитить людей от финансовых последствий нездоровья и оплаты медицинских услуг?
3. Как стимулировать оптимальное использование имеющихся ресурсов?

Правительства должны обеспечить условия, при которых охват медицинскими услугами был бы справедливым, и разработать надежные средства мониторинга и оценки прогресса.

Система здравоохранения в каждой стране - это продукт ее уникальных характеристик, истории, политического процесса и национального характера народа. Практически все национальные системы здравоохранения в настоящее время переживают масштабные реформы.

Финансовое обеспечение систем здравоохранения в экономически развитых странах осуществляется из различных источников: государственного бюджета, страховых взносов, средств фирм и домохозяйств. В среднем в развитых странах расходы на здравоохранение составляют от 8 до 13% от объема валового национального продукта (в США - до 17%), в которых общественные источники составляют от 70 до 85% (в США порядка 50%, в России – 63%).

Для более глубокого понимания организационно-экономических отношений, возникающих в сфере медицинских услуг, и определения основных направлений реформирования национальных систем здравоохранения необходимо определить субъекты, участвующие в различных организационно – экономических моделях здравоохранения и отношения, возникающие между ними. И в этой связи следует рассматривать особенности национального реформирования здравоохранения.

В современных организационно-экономических моделях (см. Рис.1) в сфере медицинских услуг взаимодействуют следующие субъекты:

1. Медицинские организации и индивидуально практикующие врачи – провайдеры, предоставляющие медицинские услуги, распределяющие имеющиеся у них финансовые, материальные, трудовые ресурсы между видами услуг,

оказываемых пациентам. При этом они соизмеряют собственные затраты с величиной доходов, которые могут получить от реализации медицинских услуг.

2. Различные страховые институты, выбирающие и заключающие контракты с медицинскими организациями и индивидуально практикующими врачами, договаривающиеся о видах и объемах оплачиваемой ими медицинской помощи и распределяющие собранные ими финансовые средства между медицинскими организациями и видами услуг. При этом страховые институты соизмеряют объемы и качество медицинских услуг с ценами, которые придется за них заплатить.

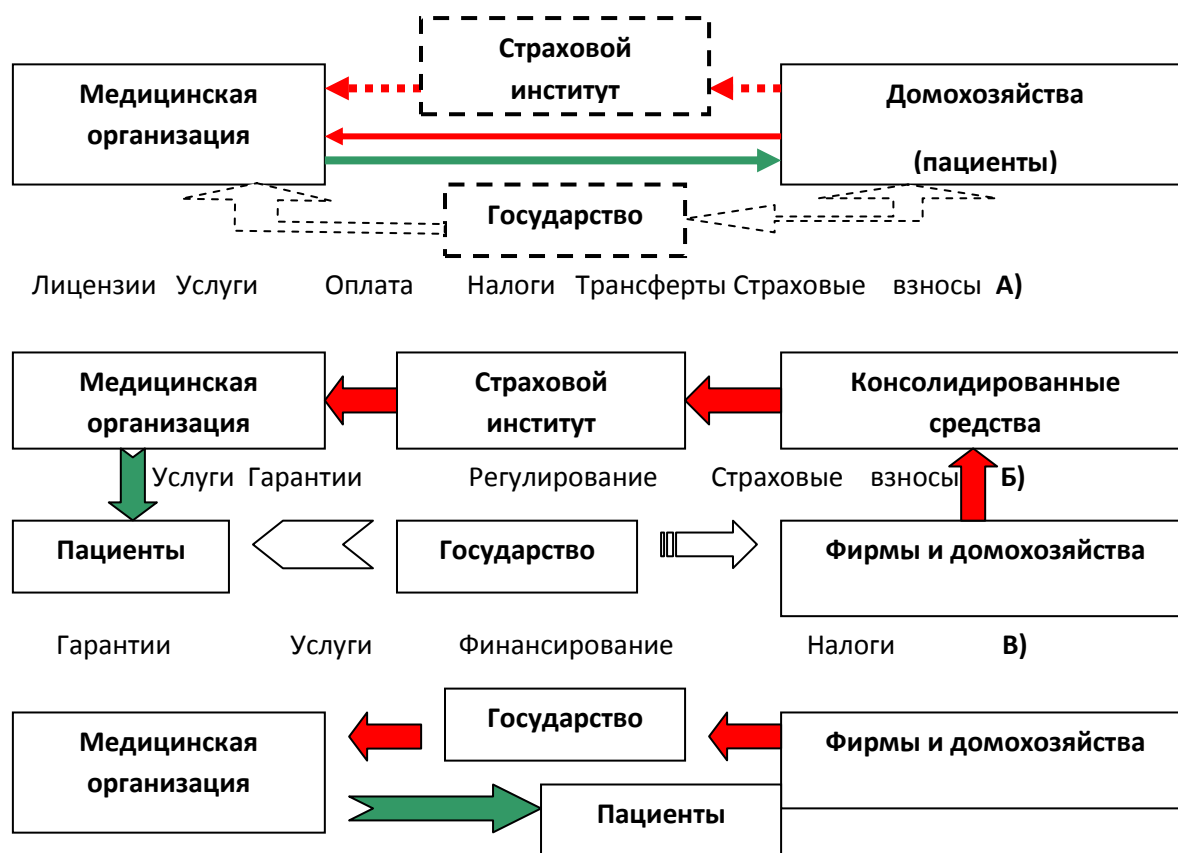


Рис. 1. Базовые модели финансирования здравоохранения, их субъекты и отношения: А) – частная; Б) – страховая; В) – государственная

3. Государство, представленное различными ветвями и уровнями власти, осуществляющее нормативное правовое регулирование, выделяющее финансовые ресурсы на оказание медицинских услуг населению, распределяющее их между территориями, медицинскими организациями и видами медицинской помощи.

4. Домохозяйства, принимающие решения о том, покупать или не покупать медицинскую страховку, платить за лечение только в случае заболеваний или заниматься самолечением. Решив оплачивать лечение, они делают выбор между медицинскими организациями и индивидуальными практикующими врачами, дорогими и дешевыми лекарственными препаратами, медицинскими услугами и т.п. Здесь также будут соизмеряться затраты и результаты.

5. Фирмы, приобретающие у домохозяйств необходимые для производства товаров и услуг ресурсы, оплачивающие труд домохозяйств, платящие налоги государству и участвующие в добровольном и (или) обязательном страховании медицинских рисков домохозяйств.

Предоставляя медицинские услуги, провайдеры получают материальное возмещение своих затрат от домохозяйств или фирм, либо от страховщиков и (или) государства, оплачивающих данное лечение. В этом обмене одних благ на другие каждая из сторон использует имеющиеся у нее ограниченные ресурсы для получения определенных результатов. Домохозяйства расходуют средства на получение необходимого лечения непосредственно или через механизмы страхового и государственного финансирования медицинских услуг, а провайдеры организуют и оказывают медицинские услуги, чтобы получить взамен деньги. При этом и те, и другие сопоставляют свои затраты с ожидаемыми результатами.

Домохозяйства и провайдеры медицинских услуг – обязательные участники организационно-экономических отношений в сфере медицинских услуг независимо от национальной организационно-экономической модели здравоохранения.

Модель «частного» здравоохранения, предполагает непосредственное взаимодействие домохозяйства и медицинской организации. При этом устанавливается рыночная цена, определяемая равновесием спроса и предложения на медицинские услуги.

На рынке медицинских услуг из-за их специфики не выполняются все перечисленные условия работы рынка, что получило в экономической литературе наименование «изъяны рынка» (market failures), не позволяющие формировать цену на медицинские услуги, так как она формируется на подавляющее большинство других товаров и услуг в условиях рыночной экономики.

Рынок медицинских услуг связан с временной, количественной и финансовой неопределенностью для потребителя (пациента), и одним из компенсаторов данной

неопределенности является механизм коммерческого страхования. Страховые институты формируют рынок страховых услуг по компенсации рисков, связанных с утратой здоровья, оплачивая медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам. Тем не менее, частные страховые институты экономически не заинтересованы в страховании граждан, лечение которых потребует больших финансовых издержек, имеющих высокие клинические и (или) социальные риски. Это - дети, пожилые пациенты, хронические больные, инвалиды и т.п., а также граждане, имеющие низкий уровень личных доходов.

Неоптимальность для общества частного рынка медицинских услуг и частного медицинского страхования обосновывают целесообразность правительственного вмешательства, которое носит различные формы в разных странах. Отличается и степень вмешательства, но присутствует оно везде. Так, в США, где преобладает частная система медицинского страхования, 50% средств на здравоохранение поступает через государственные программы «Медикэр» и «Медикэйт», финансируемые за счет бюджета.

Большая часть развитых стран используют общественную систему здравоохранения, применяя в виде компенсаторов «несовершенного» рынка медицинских услуг страховую или государственную схемы финансирования здравоохранения, а так же их сочетание. При этом для ограниченного набора медицинских услуг или для отдельных групп граждан допускается применение рыночного механизма в чистом виде, когда цена на данные услуги является равновесной ценой спроса и предложения, формируемой в условиях рыночного механизма.

В зависимости от способа организации и схемы финансирования медицинских услуг изменяются функции страховых институтов и государства.

К концу XX века, по оценкам специалистов, к государственным системам здравоохранения можно было отнести 2/3 всех экономически развитых стран и только 1/3 - к страховым системам.

Понимание недостатков, присущих социальным страховым и государственным организационно-экономическим моделям здравоохранения, стало причиной проведения постоянных реформ, направленных на повышение клинической, социальной и экономической эффективности здравоохранения на фоне постоянных растущих расходов на здравоохранение. Общая тенденция

реформирования - постепенная замена организационных рычагов управления здравоохранением экономическими рычагами, повышающими заинтересованность всех участников сферы медицинских услуг.

Для социального медицинского страхования это проявилось в создании модели регулируемой конкуренции страховщиков – наиболее полно реализованной в Швейцарии, Нидерландах и Израиле, обеспечивающей рыночные отношения в здравоохранении под контролем государства.

Для государственного здравоохранения реформа связана с использованием различных элементов рыночных отношений, обеспечивающих самостоятельность государственных медицинских организаций и равные права на предоставление государственных услуг частными провайдерами (например: трасты врачей общей практики в Великобритании).

В XXI веке происходит постепенное стирание организационно-экономических особенностей между существующими моделями национального здравоохранения. В большинстве стран, в настоящее время, существуют элементы всех приведенных выше моделей, что постепенно приводит к созданию гибридной модели здравоохранения, обеспечивающей оптимальное соотношение ресурсных затрат и уровня общественного здоровья, что определяет в конечном счете общий вектор проводимых реформ.

Изучение проводимых реформ национальных систем здравоохранения, реализующих различные организационно-экономические модели, позволяет выделить четыре движущих силы реформирования общего характера.

Первая – рост издержек. Практически во всех странах стоимость медицинской помощи вынуждает правительства пересматривать свои подходы к системе здравоохранения. Во всём мире стоимость здравоохранения растёт из-за изменения демографической ситуации, картины заболеваний и появления новых технологий, а также из-за роста ожиданий. Важной причиной роста стоимости национального здравоохранения (особенно в более развитых странах) является процесс старения населения.

Самые высокие подушевые расходы на здравоохранение (свыше \$5000) зафиксированы в трех странах, реализующих различные модели организационно-экономических отношений в сфере медицинских услуг, это: США – частное

здравоохранение и частное страхование; Швейцария – регулируемая конкуренция страховщиков («квазирынок») и Норвегия - государственное здравоохранение.

Важнейшим фактором, приводящим к росту стоимости медицинской помощи, является появление новых технологий, особенно в странах с высоким доходом.

Кроме того, имеется рост ожиданий, которые во многих странах становятся **второй** движущей силой реформы. Граждане требуют больше от государства вообще, и от системы здравоохранения – в частности. Растущие ожидания в отношении системы здравоохранения могут быть трёх видов: экономические, социальные и политические. По мере экономического развития государств их граждане хотят тратить больше средств на своё здоровье. Этот рост расходов отражает использование большего числа и более дорогостоящих услуг, - и при уходе, и при лечении. Рост ожиданий влияет не только на общий уровень спроса на медицинскую помощь, но и на его структуру. Пациенты хотят получить не просто помощь, но самую современную помощь лучшего качества, с применением последних достижений техники и новейших препаратов. Эти требования подкрепляются политическими событиями. По мере того, как растёт степень демократизации стран, политическим лидерам всё труднее сопротивляться требованиям населения.

Рост издержек и более высокие ожидания приходится на такой период, когда государства испытывают ограничения по возможности покрывать издержки системы здравоохранения традиционным способом. Эти ограничения служат **третьей** движущей силой.

На эффективность проведения реформ в разных странах влияет и **четвёртая** движущая сила: всё сильнее ощущается скептическое отношение к традиционным подходам к сектору здравоохранения. Такой скептицизм принимает разные виды: призывов к новым организационным формам, недовольства плохим качеством управления и неэффективной работой бюрократических структур, расследований случаев коррупции и злоупотреблений, а также сомнений в прежних догмах.

Глобальный переход к новым идеям относительно реформирования системы здравоохранения сопровождается осознанием того, что проведение эффективной реформы здравоохранения – очень непростое общественное, экономическое и политическое явление.

С конца XX века отечественное здравоохранение проходит через период непрерывных реформаторских трансформаций. Обоснование необходимости реформ и основные подходы к реформированию отечественного здравоохранения были сформулированы в конце 80-х годов. Уже тогда наметилась тенденция ухудшения показателей индивидуального и общественного здоровья и стала очевидной невозможность продолжения экстенсивного пути развития отрасли. Пристальное внимание уделяется задаче формирования новых экономических отношений. Позитивные изменения в системе советского здравоохранения первоначально связывались с «новым хозяйственным механизмом».

В тот период существовала возможность выбора эволюционного, постепенного реформирования существовавшей в СССР (и соответственно России) государственной модели здравоохранения, включение в нее экономических, мотивационных механизмов, направленных на поэтапное повышение клинической, социальной и экономической эффективности отрасли или революционного пути кардинального изменения финансовой модели, реализуемой в страховых системах здравоохранения.

Тем не менее, был выбран **революционный** путь. Государственная экономическая политика, основанная на неолиберальной идеологии, определила для здравоохранения «страховую» организационно-экономическую модель, взамен действующей государственной модели. Реформаторы тех лет переоценили возможности рыночного механизма в сфере медицинских услуг, считали, что его использование способно повысить эффективность системы здравоохранения.

Реформа началась в условиях сложной социально-экономической и политической ситуации в стране. Экономический кризис углубил «остаточный» принцип финансирования здравоохранения и заложенный в законе организационно-экономический механизм повышения эффективности системы здравоохранения не смог заработать. Система ОМС не дала дополнительных финансовых ресурсов для повышения качества и доступности медицинских услуг. В условиях сворачивания бюджетного финансирования, связанного с падением объема налоговых поступлений и постоянного недофинансирования всех бюджетополучателей, средства на здравоохранение, направляемые из бюджетов всех уровней уменьшались прямо пропорционально росту средств по линии ОМС. Изначально для системы ОМС были определены очень низкие тарифы страховых взносов – 3,6% от фонда

оплаты труда. Для полноценного финансирования программы ОМС было необходимо, как минимум 10-12%. Каждый субъект федерации самостоятельно определял необходимый объем финансовых средств на страхование неработающих граждан (до 60% всего населения России), что привело к существенным различиям (в разы) в финансовом обеспечении гарантированных государством объемов медицинской помощи. Внедрение ОМС усилило дисбаланс между экономической и социальной системами общества, что способствовало снижению ожидаемого социально-экономического эффекта.

В конечном итоге, это привело к ограниченному применению компонентов страховой модели финансирования и к «сужению» рамок базовой программы ОМС, как по перечню медицинской помощи, так и по финансированию ресурсных потребностей данной программы.

Данный организационно-экономический подход получил наименование «бюджетно-страховая медицина» и не позволил обеспечить ни экономических преимуществ «страховой» модели, ни организационно-управленческих возможностей «государственной» модели финансирования здравоохранения. Некогда единая система государственного здравоохранения стала фрагментированной и плохо управляемой и административно и экономически.

Сложившаяся «бюджетно-страховую» модель финансирования медицинских организаций сложно назвать оптимальной. Планирование расходов в данной модели затруднено из-за разных подходов к финансированию провайдеров (бюджет финансирует смету расходов, а ОМС оплачивает медицинские услуги по тарифам). Эта одна из причин «размывания» финансовой и юридической ответственности медицинских организаций. Что в свою очередь способствовало финансированию излишних мощностей медицинских организаций вне зависимости от реальных объемов деятельности и достигнутого результата.

Главный недостаток трансформации государственного сектора на рынке медицинских услуг - «формальность» внедрения социально-страховой модели. Мимикрия бюджетной модели, внешняя трансформация, не меняющая основы механизма производства и распределения общественных благ, привела к одновременному существованию в сфере медицинских услуг «изъянов» рынка и «изъянов» государственной экономики. За 20-ти летний период реформ

административные издержки выросли, доступность медицинских услуг сократилась, их качество ухудшилось.

Последнее десятилетие было ознаменовано рядом локальных решений, предпринятых для изменения ситуации в здравоохранении:

2003 год - введение софинансирования системы ОМС за счет средств пенсионного фонда РФ (в 2005 году софинансирование было прекращено);

2004 год - разработка новой нормативной базы «страховой медицины» (проекты законов не были приняты);

2005 год - старт программы дополнительного лекарственного обеспечения, через систему ОМС (программа была передана в бюджет в 2008 году);

2006 год - стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье» (реализовался в 2007-2013 годах);

2007-2008 годы - проведение пилотных проектов по совершенствованию системы ОМС в 19 субъектов РФ (по результатам проектов нормативных и организационных решений не последовало);

В 2008-2009 годах начались инвестиционные программы: по совершенствованию помощи больным сердечнососудистыми заболеваниями, пострадавшим при ДТП, программа по развитию службы крови, совершенствования организации онкологической помощи населению и мероприятия, направленные на формирование здорового образа жизни у граждан.

2009-2011 годы в здравоохранении прошли под эгидой изменения законодательной и нормативной базы здравоохранения. Были приняты федеральные законы №83, №326 и №323, определяющие правовые отношения в сфере медицинских услуг.

В 2011-2012 годах проводилась масштабная модернизация здравоохранения, по трем основным направлениям: совершенствование материально-технической базы здравоохранения; информатизация здравоохранения; внедрение федеральных стандартов медицинской помощи.

2013 год - осуществлены: полная централизация средств ОМС и увеличение базовой программы ОМС, до 75% всех финансовых средств здравоохранения.

За последние десять лет ряд показателей здоровья в стране улучшился, но все еще уступает экономически развитым странам, а фундаментальных сдвигов в сторону повышения эффективности системы здравоохранения пока не произошло.

Раздел 2. Клинико-статистические группы заболеваний как основа совершенствования организационно- экономических отношений в сфере медицинских услуг

Стандартизация здравоохранения является сложным и непрерывным процессом, связанным со всеми сторонами и направлениями деятельности субъектов отношений. Стандартизация формирует основу тождественного понимания путей совершенствования национальной системы здравоохранения, обеспечивающей:

- комплексное развитие здравоохранения за счет сопоставимости планирования, нормативного регулирования и государственного лицензирования (сертификации) провайдеров медицинских услуг;
- повышение объективизации процессов контроля за качеством медицинской помощи;
- повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения;
- однообразие и объективизацию лечебных и диагностических услуг;
- взаимодействие российского здравоохранения с системами здравоохранения других стран.

На начальных этапах своего развития медицинская практика именовалась «врачебным искусством», допускающим существенные отклонения при реализации тех или иных диагностических и лечебных процедур в процессе лечения пациентов с одной и той же патологией. По мере развития инструментальной диагностики, хирургической практики и фармакологии требовались идентичные действия для правильной интерпретации получаемых результатов (т.н. доказательная медицина). Это послужило стимулом для развития стандартизации в здравоохранении. В США впервые была предпринята попытка формализации структуры процессов и результатов медицинской деятельности в начале 20-го века. Для контроля качества медицинских услуг были созданы и внедрены аккредитационные стандарты. Также были разработаны профессиональные стандарты для медицинских работников. В 1952 году была организована Объединенная комиссия, в рамках программы аккредитации больниц. В её состав вошли медицинские ассоциации, коллегия врачей и Канадская

медицинская ассоциация. Основной задачей комиссии была разработка стандартов медицинского обслуживания, а также контроль за их соблюдением.

Стандартизация в сфере медицинских услуг реализуется в Европейских странах. Результаты этого процесса используются как инструмент анализа качества медицинской помощи и служат объективным инструментом для определения себестоимости медицинских услуг. Управление здравоохранением во многих странах мира в текущем историческом периоде не осуществляется без использования результатов стандартизации.

В сфере медицинских услуг стандарт распространяется на клиническую часть и отвечает на вопрос как лечить? Технологическая часть стандарта, определяет требования к специалистам и оборудованию. Экономическая часть стандарта обеспечивает нормирование ресурсов здравоохранения и позволяет рассчитать реальную стоимость медицинской помощи. Клиническая и технологическая части имеют непосредственное отношение к медицинской науке и оперируют категориями оптимального или среднего количества медицинских услуг, технологических схем и методов лечения. В стандарте также присутствуют параметры, которые позволяют описать медицинские технологии, такие как: критерии медицинского наблюдения, динамика патологического процесса, исходы и осложнения. Экономическая часть оперирует ресурсами здравоохранения, нормативами и стоимостями и позволяет оценить рентабельность оказываемых услуг и медицинских технологий.

Согласно системной классификации методов анализа качества в здравоохранении, можно выделить следующие типы стандартов:

- стандарты структуры, по которым определяется ресурсная база учреждения здравоохранения - материально-техническое обеспечение, кадры;
- стандарты процесса, определяющие технологию лечения и диагностики;
- стандарты результата лечения, т.н. стандарты качества, определяющие качество результатов лечения и диагностики.

Наиболее распространенным и востребованным стандартом для оценки медицинской и экономической эффективности в здравоохранении признана система диагностически-родственных (связанных) групп. В английском написании: *Diagnosis Related Groups - DRG*.

В США в 1983 году, альтернативой оплаты по калькуляции расходов для лиц пожилого возраста (государственная программа страхования - Medicare), стал метод

групповых экономических стандартов медицинской деятельности. Исходной информационной базой стали 467 групп заболеваний, сгруппированные по однородности заболеваний и однотипности медицинской технологии диагностики и лечения, а также тождественность объемов и состава использованных ресурсов здравоохранения. На основе анализа счетов, выставленных страховым компаниям, были сформированы группы по признаку близкой патологии (по диагнозу), применяемой медицинской технологии и по стоимости. Первоначальной целью применения метода DRG было снижение «избыточного» количества медицинских услуг. Впоследствии во многих странах (например, в Великобритании и Дании) основной задачей стало создание системы финансирования, в которой «деньги следуют за пациентом», что должно было способствовать скорейшему внедрению такого направления реформирования здравоохранения, как увеличение свободы выбора поставщика медицинских услуг для пациентов. Схожие механизмы оплаты за оказанную стационарную помощь стали постепенно внедряться в большинстве экономически развитых стран. Однако причины внедрения, а также характерные черты групповых экономических стандартов медицинской помощи в каждой стране значительно отличаются друг от друга. Различны и их названия.

В результате введения в Германии системы DRG произошло сокращение расходов на стационарное лечение до 40%. В то же время значительно увеличились расходы на амбулаторное лечение.

С момента введения DRG в 2003 году, время пребывания пациентов в больнице уменьшилось с 8,9 до 8,0 дней к 2009 году. Основными причинами с одной стороны, являются совершенствование медицинских технологий и внедрение новых методов лечения, с другой - использование новых форм финансирования больниц и передачи части составляющих лечебного процесса в амбулаторный сектор.

Национальные версии DRG разработаны в Германии, Нидерландах, Норвегии, Швеции, Франции, Венгрии, Турции и Австралии. Одна из причин популярности DRG во всем мире это контроль за расходами на здравоохранение, повышение «прозрачности» в финансировании стационарной помощи и идентичность систем оплаты для общественных и частных провайдеров.

Повышение мобильности пациента приводит к растущей взаимосвязанности систем здравоохранения разных стран и в настоящее время в Евросоюзе начал действовать проект EuroDRG.

Проект направлен на проведение сравнительного анализа систем DRG, встроенных в системы здравоохранения 10 европейских стран (Австрия, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Нидерланды, Польша, Испания, Швеция, Ирландия, Великобритания).

В Европе метод DRG часто используется как инструмент планирования размера глобального бюджета провайдеров. В этом случае между поставщиком и плательщиком согласовывается объем заказываемой стационарной помощи, устанавливаются общий размер финансирования данного объема помощи и условия его изменения при невыполнении или перевыполнении заказанного объема.

В целом метод DRG способствует увеличению эффективности провайдеров медицинских услуг и позволяет оценивать результаты их деятельности.

В отечественной практике в 90х годах XX века в ряде регионов использовались клинико-затратные и клинико-статистические группы (КЗГ и КСГ), формировавшиеся по аналогичным DRG методикам. Оценка нормативной себестоимости КЗГ и КСГ позволяет применять их в качестве инструмента планирования и финансирования в сфере медицинских услуг, однако в России эта оценка носила экспертный характер, т.к. её основой была традиционная схема учета медицинской деятельности, не носившая персонифицированного характера. КСГ и КЗГ в разных регионах России были несопоставимы по способу формирования и применения.

Тем не менее, стандартизация как деятельность и стандарты как результат работ по стандартизации позволяют существенным образом влиять на эффективность дальнейшего развития системы здравоохранения, так как стандартизация обеспечивает возможность стратегического планирования, эффективного использования имеющихся ресурсов, регулирования и контроля затрат на лечение и охрану здоровья населения.

Применение стандартов позволяет определить конкретные границы государственных гарантий в здравоохранении, понятные и доступные не только

врачам, но и обычным гражданам, каждый из которых рано или поздно становится пациентом.

Оценка спроса населения на медицинские услуги, с одновременной оценкой технологических и ресурсных возможностей медицинских организаций, оптимизация лечебной сети и её модернизация невозможны без системы стандартов.

Для решений организационно-экономических задач в системе здравоохранения используются универсальные базы данных, позволяющие не только накапливать и хранить самую разнообразную информацию, но и реализовывать различные алгоритмы обработки статистической информации, обеспечивая удобный интерфейс пользователей и удобную таблично-графическую форму представления результатов анализа и расчетов.

Использование современных систем управления базами данных, таких как: ACCEESS, SQL-Server, FoxPro и т.п. позволяет описать организационно-экономический механизм организации и оказания медицинских услуг с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивая тем самым взаимодействие различных его частей, предназначенных для решения взаимосвязанных задач, таких как:

- анализ спроса и предложения на медицинские услуги и медицинские технологии, определение потребности населения и оценка обеспеченности медицинских организаций всеми видами ресурсов;

- определение и разработка необходимого для проведения достоверного финансового моделирования числа медицинских стандартов;

- расчет потребности в ресурсах, обеспечивающих спрос населения на современные медицинские технологии;

- организационно-экономическое моделирование процесса оказания медицинских услуг на уровне конкретной медицинской организации, решение задач по оптимизации его технологической и кадровой структуры;

- определение оптимальных параметров региональных и национальной систем организации и оказания медицинских услуг для повышения структурной эффективности данных систем.

Процесс медико-экономической стандартизации в сфере медицинских услуг обеспечивает непосредственную связь лечебного процесса и его ресурсного обеспечения, использование новых подходов к планированию, основанных на «закупке» медицинских услуг.

Процесс разработки и внедрения стандартов медицинской помощи и оценки на их основе потребности ресурсного обеспечения состоит из следующих этапов:

1. Определения приоритетов разработки на основе анализа заболеваемости населения и деятельности медицинских организаций для массовых социально значимых и особо опасных заболеваний, а также для заболеваний, требующих для лечения существенных ресурсных затрат.

2. Формулировки и обоснования предложений по разработке конкретного стандарта для соответствующего вида и условий оказания медицинской помощи.

3. Соотнесения предлагаемых требований, норм и правил с существующей законодательной и нормативной базой.

4. Экспертизы структуры документа и содержащихся в нем требований, апробация и опытная эксплуатация документа.

5. Рассмотрения результатов экспертиз и опытной апробации, внесение дополнений и изменений, в том числе корректировка справочной информации.

Результатом проведения работ по медико-экономической стандартизации становится изменение организационно-экономических отношений в системе здравоохранения, связанное с изменением существующего порядка планирования медицинских услуг и оценки их стоимости.

Предложен алгоритм формирования клинико-статистических групп (см. Рис.2), обеспечивающий охват всех заболеваний, известных современной клинической практике, в соответствии с международной классификацией болезней – МКБ-10 и учитывающий технологию лечения самых распространенных заболеваний, в соответствии с порядками и стандартами медицинской помощи, утвержденными в Российской Федерации.

Данный подход к формированию клинико-статистических групп отличается от методологии DRG. Для большей части заболеваний клинико-статистические группы формируются в соответствии со стандартами медицинской помощи или их частями. Это позволяет использовать КСГ не только для оплаты, но и для планирования медицинской помощи. А так же определить плановый объем медицинских услуг для любого числа пациентов и построить соответствующую организационно-экономическую структуру здравоохранения и медицинских организаций, определив при этом нормативное число специалистов, выполняющих данные медицинские услуги, перечень и нагрузку необходимого медицинского

оборудования, объем лекарственных препаратов и предметов медицинского назначения.

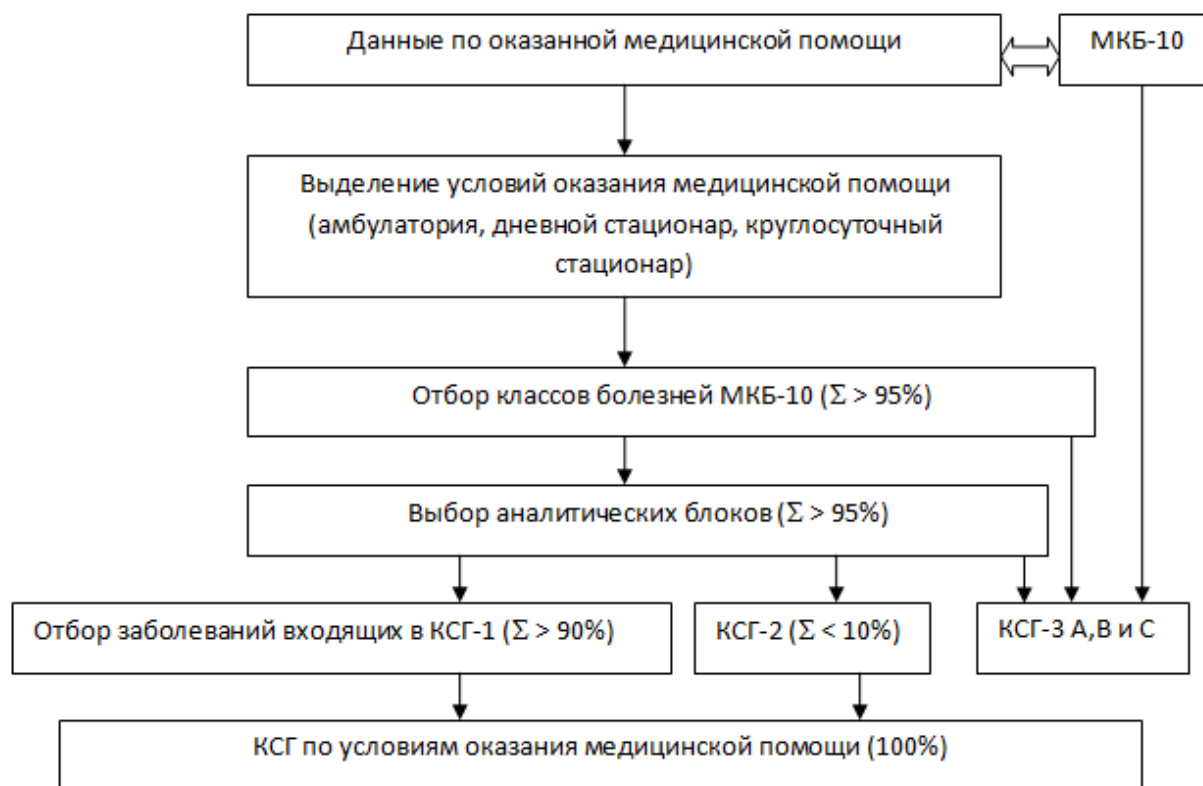


Рис.2. Алгоритм обработки статистических данных при формировании КСГ.

Предложенный алгоритм формирования КСГ использует всю совокупность данных по оказанной медицинской помощи в субъекте федерации, а так же учитывает мнения экспертов (клиницистов и организаторов здравоохранения), позволяющие верифицировать данные по оказанной медицинской помощи, формируя спрос населения на медицинские услуги и учитывать особенности реализации различных медицинских технологий. Алгоритм формирования клинко-статистических групп построен таким образом, что обеспечивает охват всех заболеваний, входящих в соответствующие рубрики МКБ-10, даже если они не использовались в региональной статистике. При этом заболевания, включенные в КСГ 1 типа, не дублируются в КСГ 2 типа.

Для заболеваний, относящихся к одной рубрике и имеющих частую встречаемость в клинической практике, формируются федеральные стандарты медицинской помощи, единые для всей системы национального здравоохранения.

Как правило, КСГ 1 типа содержит перечень заболеваний входящих в рубрику МКБ-10 (от 1 до 10 нозологических единиц) и имеет наименование аналогичное наименованию рубрики МКБ-10. Это позволяет использовать данные СМП для технологической, ресурсной и ценовой интерпретации КСГ. Для заболеваний входящих в КСГ 2 типа, как правило, стандарты медицинской помощи не разрабатываются. Поэтому необходимо обеспечить технологическую (ресурсную) «привязку» КСГ 2 типа к одному из КСГ 1 типа. При отсутствии «привязки» КСГ 2 типа к КСГ 1 типа, необходимо определить среднее значение числа медицинских услуг, их частоты применения и перечень лекарственных средств, необходимых для обеспечения лечебно-диагностического процесса. При этом эксперт, формирующий средние значения может использовать «корректное» и «некорректное» усреднение.

«Корректное» усреднение определяется как среднее арифметическое между двумя отклонениями параметра, при условии, что разница между крайним отклонением и средним значением не превышает одной единицы измерения параметра (например: отклонения 5 и 7 при среднем значении 6). При «некорректном» усреднении отклонение может иметь любое значение больше единицы (например: отклонение 1 и 11 при среднем значении 6 дают отклонение 5 единиц).

Заболевания, вошедшие в КСГ 1 типа, с учетом вида медицинской помощи, условий её оказания, возраста и наличия услуг оперблока, охватывают не менее 85-95%% всех случаев обращения граждан за медицинской помощью. Для оценки объема и структуры всех видов ресурсов, необходимых для обеспечения пациентов медицинской помощью в соответствии с государственными порядками и стандартами медицинской помощи необходимо осуществить «привязку» КСГ 1 типа к существующим государственным стандартам медицинской помощи

Для редких, но сложных заболеваний, требующих ресурсоемких медицинских технологий в рамках КСГ-1 или КСГ-2 формируются КСГ-3 (третьего типа), для которых необходимо осуществить «привязку» к соответствующим стандартам медицинской помощи. КСГ 3 типа, сформированные для заболеваний (групп заболеваний) ранее входящих в КСГ 1, типа имеют признак - «А», для заболеваний ранее входящих в КСГ 2 типа это признак – «В». Так как изначально данные для формирования КСГ формируются на основе медицинской статистики, то алгоритм формирования КСГ 1 и 2 типов допускает ситуацию, когда ряд

заболеваний не учитывается при формировании КСГ из-за их редкой встречаемости, что может привести к выпадению ряда заболеваний из системы КСГ. Все заболевания, относящиеся к конкретному классу болезней, исключенные при формировании КСГ из-за своей редкости, либо вообще отсутствующие в медицинской статистике по факту оказания медицинской помощи, группируются в КСГ третьего типа с признаком – «С». Для таких КСГ обязательно определяется КСГ – аналог, по которому проводится экспертная технологическая, ресурсная и ценовая актуализация.

Для выбора «основных» заболеваний с целью формирования КСГ, осуществляется анализ оказанной медицинской помощи по реестрам, предоставленным на оплату в страховые медицинские организации. Анализ позволяет выявить рейтинги по классам болезней для рассматриваемых регионов РФ, определить общие подходы к формированию КСГ 1 типа и учитывать особенности спроса на медицинские технологии в конкретных субъектах РФ. Существенным для данного анализа является разделение оказанной медицинской помощи по **уровням**. Данная характеристика определяет возможность и необходимость реализовывать определенный набор медицинских технологий либо по месту жительства пациента (второй уровень), либо с доставкой в региональную медицинскую организацию или межрайонный медицинский центр (первый уровень). При оказании медицинской помощи по месту жительства не по всем заболеваниям возможно оказание необходимого объема диагностических и лечебных услуг. Это связано как с ограниченными возможностями медицинских организаций (например: участковые и районные больницы, фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории), так и отсутствием потока пациентов, не позволяющим организовать деятельность полноценного лечебно-диагностического отделения, обеспечить загрузку специалистов и оборудования. Данные медицинские организации реализуют часть медицинской технологии, определенной стандартом медицинской помощи или КСГ (например: диагностика, долечивание, сестринский уход и т.п.) и относятся к третьему уровню. **Как правило**, объем стационарной помощи на первом уровне составляет от 20 до 40 процентов, на втором – от 80 до 60 процентов, соответственно, на третьем уровне не более 5-10 процентов.

Рассмотрим рейтинги классов болезней для стационара на 1 и 2 уровнях оказания помощи на примере Красноярского края (см. Табл. 1-2).

Таблица 1.

Рейтинг по классам болезней на первом уровне

(Красноярский край, 2011-2012 г.г.)

КЛАСС	НАИМЕНОВАНИЕ КЛАССА БОЛЕЗНЕЙ МКБ-10	Случ.	К-дни	Длит.	Доля
IX	Болезни системы кровообращения	74 462	826 903	11,1	17,42%
XI	Болезни органов пищеварения	50 650	521 911	10,3	11,85%
II	Новообразования	43 547	585 022	13,4	10,19%
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия	42 388	473 764	11,2	9,92%
X	Болезни органов дыхания	41 651	473 592	11,4	9,74%
XV	Беременность, роды и послеродовой период	35 222	217 696	6,2	8,24%
XIV	Болезни мочеполовой системы	34 075	313 625	9,2	7,97%
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	26 389	217 504	8,2	6,17%
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	18 309	244 924	13,4	4,28%
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	13 969	165 284	11,8	3,27%
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	11 293	135 890	12,0	2,64%
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	10 509	136 036	12,9	2,46%
VI	Болезни нервной системы	8 864	110 603	12,5	2,07%
XVII	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	4 153	52 105	12,5	0,97%
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	3 695	69 002	18,7	0,86%
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	3 379	39 661	11,7	0,79%
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1 820	23 850	13,1	0,43%
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	1 767	6 787	3,8	0,41%
V	Психические расстройства и расстройства поведения	1 054	7 693	7,3	0,25%
XXI	Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения	215	2 525	11,7	0,05%
XX	Внешние причины заболеваемости и смертности	18	143	7,9	0,00%
		427 429	4 624 520	10,8	

Стационарная помощь, общим объемом 4,6 млн. койко-дней, оказанная 427,4 т. больных (средняя длительность лечения составляет 10,8 дней) на 90 процентов представлена 12 классами болезней с IX по I. Тройку лидеров составляют болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения и новообразования – суммарно – 40% всех стационарных случаев на первом уровне.

Таблица 2

Рейтинг по классам болезней на втором уровне

(Красноярский край, 2011-2012 г.г.)

КЛАСС	НАИМЕНОВАНИЕ КЛАССА БОЛЕЗНЕЙ МКБ-10	Случ.	К-дни	Длит.	Доля
XV	Беременность, роды и послеродовой период	160 031	1 024 906	6,4	23,98%
IX	Болезни системы кровообращения	109 217	1 445 787	13,2	16,37%
X	Болезни органов дыхания	97 484	927 986	9,5	14,61%
XIV	Болезни мочеполовой системы	64 553	520 572	8,1	9,67%
XI	Болезни органов пищеварения	61 361	571 925	9,3	9,20%
XIX	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	33 844	332 619	9,8	5,07%
XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	28 028	366 083	13,1	4,20%
I	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	27 254	335 172	12,3	4,08%
VI	Болезни нервной системы	21 514	286 514	13,3	3,22%
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	16 479	176 139	10,7	2,47%
V	Психические расстройства и расстройства поведения	10 869	160 843	14,8	1,63%
II	Новообразования	10 043	85 245	8,5	1,51%
XVI	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	7 638	121 138	15,9	1,14%
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	6 915	93 261	13,5	1,04%
VIII	Болезни уха и сосцевидного отростка	3 349	34 261	10,2	0,50%
III	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	2 849	34 087	12,0	0,43%
VII	Болезни глаза и его придаточного аппарата	2 076	17 909	8,6	0,31%
XVII	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения	1 645	14 155	8,6	0,25%
XX I	Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения	1 157	9 365	8,1	0,17%
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях	827	6 118	7,4	0,12%
XX	Внешние причины заболеваемости и смертности	125	1 007	8,1	0,02%
		667 258	6 565 092	9,8	

На втором уровне помощь оказана 667,3 т. пациентов, со средней длительностью 9,8 к-дня.

Для медицинской помощи второго уровня 95% случаев лечения относится к 11 классам болезней (с XV по V). Лидерами являются беременность, роды и послеродовой период, болезни органов кровообращения и болезни органов дыхания – суммарно – 55%. Новообразования и болезни органов пищеварения теряют свои лидирующие позиции.

В общем объеме стационарной медицинской помощи первый уровень занимает 39 %, что значительно превышает средний уровень по России.

Результаты проведенного анализа позволяют определить основные подходы к формированию клинико-статистических групп заболеваний:

1. Для стационарной медицинской помощи КСГ и «базовые» тарифы

формируются как по первому, так и по второму уровню, по всем классам болезней, с совокупным объемом медицинской помощи на уровне 90%.

2. Для дневных стационаров КСГ формируются едиными для всех медицинских организаций, и «базовый» тариф не зависит от уровня медицинской помощи.

3. Специфика деятельности медицинских учреждений и особенности их финансового обеспечения учитываются в рамках тарифных групп, формируемых для всех КСГ по стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи.

Алгоритм формирования КСГ был практически реализован в информационном комплексе для планирования и анализа бесплатной медицинской помощи оказываемой за счет средств ОМС и бюджетов всех уровней - РАГГv.01 (авторы д.э.н. Пирогов М.В. и д.м.н., Гуров А.Н.)

До данным анализа региональной медицинской статистики выбираются и рассматриваются те классы болезней, объём пациентов по которым является существенным (в соответствии принципом «паретто») и совокупно охватывает не менее 95 % всех пролеченных пациентов. Для Красноярского края на **первом уровне** оказания такими классами являются «болезни системы кровообращения», «болезни органов пищеварения», «новообразования» и т.д. по убыванию рейтинга класса. Несущественными являются – «болезни уха», «внешние причины смертности», «болезни нервной системы» и т.п.

На **втором уровне** оказания медицинской помощи рейтинги по классам болезней меняются, например: несущественными становятся «новообразования», а «беременность, роды и послеродовой период» становится лидером.

Причиной изменения рейтингов являются различия в медицинской технологии для одних и тех же классов болезней на разных уровнях оказания медицинской помощи, что и должно найти свое отражение при формировании КСГ.

На Рис.3 представлена диаграмма, характеризующая доли пациентов, пролеченных по поводу «болезней органов дыхания» на **втором уровне**.

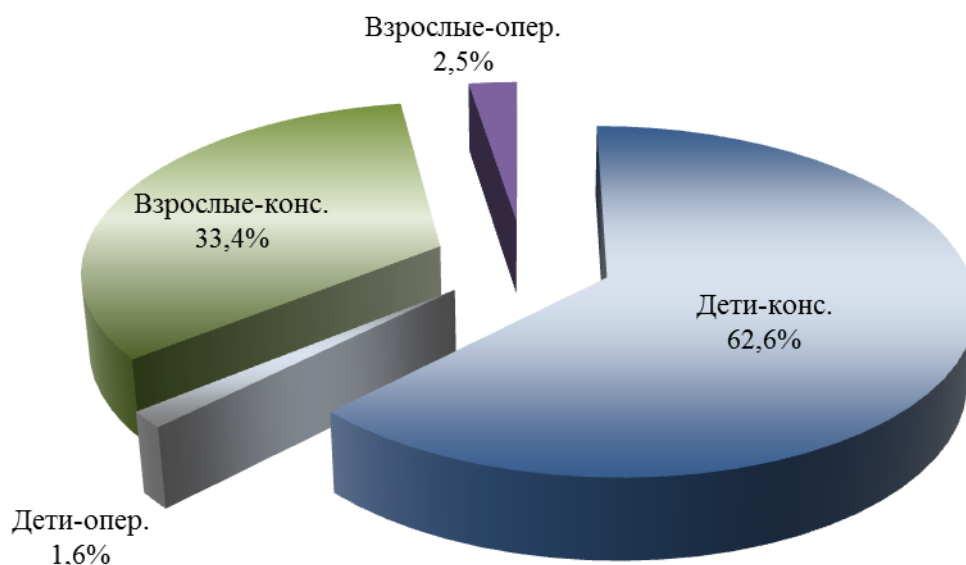


Рис.3. Аналитические блоки болезней по применяемой медицинской технологии.

Для формирования КСГ существенны заболевания, отличающиеся медицинской технологией (по возрасту и применению операций). Это т.н. «аналитические блоки болезней». Блоки «дети - оперативное лечение» и «взрослые – оперативное лечение», статистически не существенны, т.к. составляют около 1,5% и 2,5% всех больных.

Выбрав блок «Дети – консервативное лечение» рассматриваем рейтинг рубрик МКБ-10 по убыванию числа пациентов (см. Рис.4).

Самым частым заболеванием у детей является «Острый бронхит» - 17 035 пациентов (за анализируемый период), со средней длительностью лечения 8,6 дней. Экспертно отобрав заболевания, суммарной долей не менее 90%, формируем пять «основных» КСГ 1 типа. Остальные рубрики (17) группируются в 7 КСГ 2 типа, по признаку включения в блок рубрик МКБ-10. Суммарно КСГ 2 типа включают 7,7% всех остальных пролеченных пациентов.

Выбор класса болезней
Болезни органов дыхания

Выбор блока Анализа
Дети-конс.

МКБ	Рубрика МКБ	ПАЦ/ДОЛ	ДЛ/ВЫБ
J20	Острый бронхит	17 035	8,6
J03	Острый	27,936%	8,0
J05	Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит	3 967	4,4
J15	Бактериальная пневмония, не классифицированная в других	3 349	12,0
Сумма 2кл.		КСГ	"1"
КОРР?		"3"	2кл.

Запись: 5 из 22

Рис.4. Выбор по «основных» заболеваний по МКБ-10.

Таким образом, все многообразие заболеваний по данному классу болезней (число нозологий – 231) учитывается 13 КСГ (см. Рис.5).

КЛИН.СТАТ. ГРУППА 2 типа	НАИМЕНОВАНИЕ КСГ	СР.ДЛИТ. ВЫБ
G.2.X.21.12.1	Острые респираторные инфекции верхних дыхательных	7,4
G.2.X.21.12.2	Грипп и пневмония	9,1
G.2.X.21.12.3	Другие острые респираторные инфекции нижних дыхат	13,7
G.2.X.21.12.4	Другие болезни верхних дыхательных путей	7,2
G.2.X.21.12.5	Хронические болезни нижних дыхательных путей	7,8
G.2.X.21.12.6	Болезни легкого, вызванные внешними агентами	14,0
G.2.X.21.12.9	Другие болезни плевры	7,0
КСГ-1		
G.1.X.21.12.1	J06 Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной	7,1
G.1.X.21.12.2	J20 Острый бронхит	8,6
G.1.X.21.12.3	J03 Острый тонзиллит	8
G.1.X.21.12.4	J05 Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит	4,4
G.1.X.21.12.5	J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других ру	12

Рис.5. КСГ 1 (внизу) и 2 (вверху) типов.

Сформировав КСГ по всем классам болезней можно использовать полученные результаты, как для целей планирования деятельности лечебной сети региона, так и для формирования плановых заданий по конкретным медицинским организациям, оплачивая «заказанную» им медицинскую помощь по «законченному» случаю лечения с использованием стоимостного (тарифного) значения КСГ.

При формировании подушевых нормативов финансирования страховых медицинских организаций (полное «фондодержание») и медицинских организаций, оказывающих первичную и доврачебную помощь (частичное «фондодержание»)

можно использование КСГ для корректного переноса затрат на «душу» населения, входящую в соответствующую половозрастную группу.

В таблице 3 приведены примеры сформированных КСГ.

Таблица 3

Клинико-статистические группы

Некоторые инфекционные и паразитарные болезни

G.1.I.11.12.1.0 Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции				
Инфекционные болезни	Первый	СТАЦИОНАР	Дети	БЕЗ ОПЕРБЛОКА
Диагнозы по МКБ-10:			Длительность средняя:	
A080	Ротавирусный энтерит			6,1
A081	Остр. гастроэнтеропатия, вызв. возб. Норвепк			
A082	Аденовирусный энтерит			
A083	Др. вирусные энтериты			
A084	Вирусная кишечная инфекция неуточн.			
A085	Др. уточн. кишечные инфекции			
Относительный коэффициент стоимости (Кс)		0,3445	Спец.:	№: 2 от 03.05.2013
G.1.I.11.12.2.0 Другие бактериальные кишечные инфекции				
Инфекционные болезни	Первый	СТАЦИОНАР	Дети	БЕЗ ОПЕРБЛОКА
Диагнозы по МКБ-10:			Длительность средняя:	
A040	Энтеропатогенная инфекция, вызв. Escherichia coli			6,4
A041	Энтеротоксигенная инфекция, вызв. Escherichia coli			
A042	Энтероинвазивная инфекция, вызв. Escherichia coli			

и т.д.

Структура любой клинико-статистической группы состоит из четырех блоков:

- паспорт КСГ, включающий класс болезней, название и код КСГ, профиль отделения или специальность врача, среднюю длительность лечения, уровень медицинской помощи, условия оказания, возраст пациента, наличие оперативных вмешательств;

- перечень диагнозов заболеваний;

- стоимость КСГ, структура стоимости или относительный коэффициент стоимости - Кс;

- для КЗГ 2 типа «привязка» к базовой КЗГ 1 типа и коэффициент стоимости относительно базовой КЗГ 1 типа.

Расчет стоимости клинико-статистических групп осуществляется посредством стоимостной оценки стандартов медицинской помощи, к которым

привязаны «базовые» КСГ 1 типа. Расчет ресурсного обеспечения стандартов медицинской помощи и их стоимости проводится с использованием программного комплекса «Клинико-экономический и фармакологический интерфейс – СЕРІ v0.5» (авторы: д.э.н. Пирогов М.В., д.м.н. Гуров А.Н.), в соответствии с методикой расчета стоимости (тарифа) КСГ.

Клинико-статистические группы являются основой для формирования плановых заданий для медицинских организаций, выполняющих государственные гарантии в сфере медицинских услуг и являются элементарными единицами планирования и оплаты медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Раздел 3. Анализ современной нормативно-методической основы ресурсного обеспечения здравоохранения и методические подходы к формированию экономических нормативов ресурсного обеспечения медицинской помощи

Принятие в 2010-11 годах федеральных законов, регулирующих организационно-экономические отношения в сфере медицинских услуг (326-ФЗ и 323-ФЗ) формирует правовую основу отечественного здравоохранения, имеющего формальные признаки страховой организационно-экономической модели, созданной и применяемой в ряде экономически развитых стран.

Несмотря на многообразие данных моделей, при их практической реализации их обязательным элементом являются страховые институты, организованные в разных странах в виде страховых организаций, коммерческих, общественных или государственных, страховых фондов или больничных касс.

Основная цель страховых институтов в условиях страховой модели – это *покупка* медицинских услуг, необходимых для обеспечения должного уровня здоровья застрахованных лиц и гарантируемых государственной программой обязательного медицинского страхования.

Цель страховых институтов реализуется посредством выполнения следующих задач:

1. Планирование объема медицинской деятельности в рамках своего страхового поля;
2. Ценообразования на запланированный объем деятельности;
3. Регулирование и контроль правильности и результативности медицинских услуг, предоставленных застрахованным лицам.

Для решения перечисленных задач страховые институты тесно сотрудничают с медицинскими организациями, практикующими врачами, врачебным сообществом, формируя тем самым самоорганизующуюся либеральную систему здравоохранения с минимальным государственным вмешательством.

В условиях обязательного медицинского страхования перечень медицинских услуг и гарантии по доступности данных услуг для застрахованных лиц определяются на уровне государства. Рыночная стоимость ресурсов национальной системы здравоохранения, при реализации данных гарантий, определяет совокупные затраты на здравоохранение из общественных, т.е. страховых источников. Данные средства формируются как обязательные налоги на здравоохранение и аккумулируются на счетах страхового института.

Финансовый баланс доходных и расходных обязательств конкретного страхового института зависит от двух основных факторов:

- числа застрахованных и их структуры, а следовательно и размера обязательного страхового тарифа;

- количества оказанных медицинских услуг и их стоимости (т.е. стоимости используемых для их реализации ресурсов).

Обеспечение финансового баланса является серьезной производственной задачей для любого страхового института, т.к. при оплате медицинских услуг, даже с учетом ограничения по их перечню, возникает неопределенность (отклонение от запланированных затрат) по сумме финансовых обязательств страховых институтов, в виду наличия клинических и социальных рисков у застрахованных лиц.

Традиционно, модели обязательного медицинского страхования формировались на базе рыночных отношений между медицинским сообществом и пациентами, посредством ограничения «рыночного механизма» для реализации социальной составляющей сферы здравоохранения. Данный подход, при котором большинство провайдеров (практикующих врачей и медицинских организаций) находятся в частной собственности или принадлежат общественным организациям, вынуждает их учитывать себестоимость медицинских услуг, в условиях рыночной стоимости всех ресурсов. При этом средняя стоимость труда в здравоохранении, по отношению к другим отраслям национальной экономики, одна из самых высоких в большинстве экономически развитых стран.

Для обеспечения клинико-экономического баланса национального здравоохранения в целом и для баланса конкретного страхового института используются разнообразные инструменты.

Одним из них является повышение роли страховых институтов в планировании медицинской помощи для застрахованных лиц, в выборе конкретных

провайдеров и в согласовании ценовой политики, определяющей оптимальное соотношение ресурсных затрат на медицинские услуги и уровень (условия) их возмещения со стороны покупателя медицинской помощи (страхового института).

Таким образом, в страховой организационно-экономической модели национального здравоохранения формируются условия для самоорганизации и развития системы здравоохранения в условиях реальных финансовых ограничений.

Планирование текущей деятельности провайдеров и ценовая политика в здравоохранении определяется путем переговоров между страховыми институтами и провайдерами. В разных странах отличается уровень либерализма данных процессов, но как правило, ни провайдер, ни страховой институт не выступает в качестве единоличного «диктатора» при планировании и ценообразовании в здравоохранении.

До принятия в 2010 году федерального закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» отечественная практика планирования медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования вообще исключала страховые медицинские организации, которые на тот период являлись страховщиками, из процедуры планирования. Практика планирования в большинстве регионов России являлась процессом распределения нормативных объемов базовой программы ОМС между медицинскими организациями, с учетом результатов их предыдущей деятельности.

Необходимо отметить, что в России страховая модель здравоохранения в отличие от традиционного общемирового подхода формировалась на базе государственной организационно-экономической модели, которая определяет сегодня основную форму собственности для провайдера медицинских услуг – государственную или муниципальную. Вторым существенным отличием отечественного опыта создания страховой модели, от опыта международного была недооценка необходимых финансовых ресурсов, что обеспечило только частичную компенсацию расходов на ресурсы здравоохранения из средств обязательного медицинского страхования.

Все это привело к созданию «бюджетно-страховой» модели финансирования здравоохранения и консервации прежних, дореформенных, «нормативных»

принципов планирования деятельности медицинских организаций, в которых пациент, со своими проблемами, был далеко не на первом месте.

Очевидно, что дефицит ПГГ в 66-ти субъектах РФ (в среднем 19% по данным отчета МЗ РФ за 2012 год), а в ряде регионов он еще выше (в Дагестане – 48%), не позволяет обеспечить приобретение современных медикаментов, оборудования и инструментария, и ограничивает медицинские организации в оказании бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

20-и летняя «бюджетно-страховая» стагнация здравоохранения, отсутствие методологической базы и страховой практики в России продолжает тормозить развитие организационно-экономических отношений в здравоохранении, особенно на региональном уровне.

В расходах 2012 года самыми существенными являются расходы по заработной плате медицинского персонала (64% в целом по стране). Выплаты по заработной плате осуществляются на основе региональных отраслевых систем оплаты труда в здравоохранении, которые хотя и имеют ряд отличий в регионах, но в целом отражают подходы, сформулированные в «единой тарифной сетке», применяемой в «системе Семашко». ЕТС гарантирует нормативный уровень заработной платы, зависящий от тарифного разряда, категории специалиста, его стажа и места работы, и не имеет формализованных связей с объемом оказанной медицинской помощи, результатом работы и качеством медицинских услуг.

Еще одним существенным аспектом, не позволяющим полноценно использовать имеющиеся финансовые ресурсы здравоохранения, является нерациональная лечебная сеть здравоохранения России, в которой на стационарную (вторичную или специализированную) помощь тратится 56,5% (данные отчета по выполнению ПГГ за 2012 год). В страховой системе Германии на эти цели идет всего 35%.

Основными причинами, формирующими отставания уровня здоровья населения в России, являются:

-недостаточное финансирование системы здравоохранения, как в части реализации государственных гарантий, так и в части технологического оснащения лечебно-диагностического процесса, связанное с низкими инвестициями в здравоохранение;

-низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, не позволяющая своевременно выявлять заболевания и оценивать риски их вызывающие;

-несбалансированность и нерациональность сети медицинских организаций, планирование деятельности которых и финансирование осуществляется без учета потребности населения и его заболеваемости;

-низкое развитие замещающих стационар технологий;

-отсутствие мотивации медицинских организаций, медицинских работников, страховых медицинских организаций, органов исполнительной власти и граждан в эффективном использовании ресурсов здравоохранения;

-низкий уровень унификации и стандартизации медицинских технологий, отсутствие связи между финансированием медицинских организаций и выполнением порядков и стандартов медицинской помощи;

-отсутствие выработанных индикаторов качества оказания медицинской помощи и отсутствие оптимизации этапности оказания медицинской помощи, обеспечивающей оптимальную маршрутизацию потока пациентов.

Ключевой проблемой, до сих пор не получившей кардинального решения, является недостаточная обеспеченность отрасли квалифицированным персоналом. Динамика обновления оборудования, позволяющая внедрять новые технологии диагностики и лечения, зачастую превышает динамику обновления программ подготовки и переподготовки специалистов. Низкая социальная привлекательность работы в здравоохранении так же является сдерживающим фактором кадрового развития отрасли.

Способы решения перечисленных проблем могут отличаться для различных организационно-экономических моделей здравоохранения, но в любом случае требуется комплексное решение.

Особенности российской организационно-экономической модели здравоохранения определяются тем, что текущее финансирование медицинской помощи, гарантируемой государством, по ПГГ (базовой программе ОМС), отделено от инвестиций в здравоохранение, которые в условиях государственной собственности медицинских организаций, определяют возможности выполнения данных гарантий.

Учитывая положения федерального законодательства в части формирования и финансирования программы ОМС, субвенция, передаваемая из бюджета федерального фонда ОМС в территориальные фонды, должна обеспечивать финансирование базовой программы ОМС, единой по структуре государственных гарантий для застрахованных лиц субъекта РФ, и выполняемой на территории субъекта.

При этом допускается отличие территориальной программы ОМС от базовой в сторону расширения (увеличения) её структуры, объема и стоимости.

Приведем примеры расширения (увеличения) территориальной программы ОМС:

1. Включение в территориальную программу объемов медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, например, по **фтизиатрии** (туберкулезу);
2. Увеличение подушевого норматива стационарной помощи в койко-днях или абсолютного числа коек;
3. Увеличение стоимости единицы объема медицинской помощи, сверх нормативов базовой программы ОМС.

При этом необходимо учитывать, что только первый пример является **абсолютным** увеличением базовой программы ОМС, а два другие являются **относительными**, т.к. нормативы базовой программы **средние** для России, и демографические, территориальные и климатические условия могут объективно увеличивать данные нормативы. Так же объективным является увеличение стоимости единицы медицинской помощи в связи с различной региональной стоимостью ресурсов, необходимых для реализации базовой программы ОМС в экономических условиях конкретного субъекта РФ.

Увеличение объемов и стоимости территориальной программы ОМС по **объективным причинам** не является увеличением базовой программы ОМС и поэтому должно учитываться при формировании субвенции федерального фонда ОМС.

В формуле расчета субвенции ФФОМС (методика принята постановлением правительства РФ) применяется коэффициент, учитывающий уровень заработной платы в регионе (на 60%) и ИБР, который в свою очередь учитывает уровень заработной платы в регионе (на 55%), т.е. уровень зарплаты в регионе (со страховыми взносами) при расчете субвенции ФФОМС учитывается на 87,5%,

затраты ЖКХ – на 4%, а все остальные расходы на 14 %. Что не соответствует структуре расходов на здравоохранение, даже в среднем по России.

Субвенция федерального фонда ОМС своей основной частью ориентирована на выплаты заработной платы в здравоохранении и не учитывает объективные отклонения от средних объемов базовой программы ОМС при формировании территориальной программы ОМС.

Что касается региональных отклонений в стоимости остальных видов ресурсов (на медикаменты, питание, расходные материалы, коммунальные расходы) то они учитываются в данной методике, но в меньшей степени, чем по другим бюджетополучателям.

При таком подходе население регионов оказывается в разных условиях получения медицинской помощи по программе ОМС, из-за отсутствия финансирования, что должно компенсироваться за счет межбюджетных трансфертов регионального бюджета¹.

Принятая в России схема формирования и распределения финансовых средств обязательного медицинского страхования существенно отличается от тех организационно-экономических моделей, которые используют страховые принципы финансирования гарантированных объемов медицинской помощи и больше соответствует модели государственного финансирования здравоохранения. В данной модели осуществляется централизованное распределение имеющихся финансовых ресурсов без учета клинических и социальных рисков застрахованных граждан.

Рассмотрим и прокомментируем ряд положений федерального закона (326-ФЗ), регулирующих организационно-экономические отношения в системе ОМС.

Во первых, страховые медицинские организации перестали быть носителем страховых рисков для застрахованных граждан и не формируют страховых резервов, являющихся обязательным атрибутом любой страховой модели. Нормированный страховой запас (эквивалент страховых резервов) формируется федеральным фондом ОМС и территориальными фондами ОМС. Поэтому, в случае нехватки финансовых средств у страховой медицинской организации, по объективным причинам, СМО может претендовать на часть нормированного страхового запаса

¹ Федеральный Закон 213-ФЗ от 01.12.2012 г. «О внесении изменений в федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

территориального фонда ОМС, в соответствии с 38 статьёй (пункт 6) данного федерального закона.

Во вторых, все средства ОМС, полученные страховой медицинской организацией от территориального фонда, или от медицинской организации (по результатам экспертиз), или от третьих лиц, виновников причинения вреда здоровью застрахованных лиц, являются целевыми, т.е. направляемыми на оплату медицинской помощи, за исключением тех средств, которые, в соответствии с федеральным законом становятся собственными средствами страховой медицинской организации, в том числе десятая часть положительного сальдо между подушевой долей конкретной страховой медицинской организацией и сумма годовых счетов медицинских организаций, оказавших медицинскую помощь застрахованным лицам, не зависимо от корректности формирования плановых объемов и наличия дефицита территориальной программы ОМС. Таким образом, страховая медицинская организация заинтересована в сокращении оплачиваемого объема медицинской помощи, в том числе за счет отказа в оплате по различным основаниям, которые в свою очередь являются финансовыми санкциями для медицинских организаций. Фактически за одно и то же нарушение в деятельности медицинской организации, СМО получает доход в виде финансовых санкций и в связи с уменьшением общей суммы оплаченных счетов.

При отсутствии методологии планирования территориальной программы ОМС и объемов деятельности конкретных медицинских организаций экономическая мотивация страховых медицинских организаций на снижение оплаты может стать причиной уменьшения доступности медицинской помощи, гарантируемой государством, вместо повышения эффективности системы здравоохранения за счет использования страховых механизмов. Тем более что сумма средств подушевого финансирования страховых медицинских организаций определяется с использованием половозрастных коэффициентов потребления, рассчитываемых по предыдущим затратам в регионе на одного жителя соответствующего пола и возраста. Методика расчета подушевого финансирования СМО содержится в правилах ОМС, утвержденных отраслевым федеральным министерством.

В предложенной федеральной методике присутствует ряд факторов, не позволяющих обеспечить клинико-экономический баланс регионального

здравоохранения и обеспечивающий только баланс финансовых средств территориального фонда ОМС.

Хотя зависимость потребления объемов медицинской помощи от половозрастных характеристик населения очень значительна, однако существуют и иные причины влияющие на данное потребление. В мировой практике, при определении подушевых нормативов потребления медицинской помощи, такими причинами считаются: место постоянного жительства, характеризующее доступность к медицинской помощи и экологические факторы, влияющие на здоровье населения, социальный статус гражданина и вид его профессиональной деятельности, наличие хронических заболеваний и вредных привычек, излишний вес, уровень сахара в крови и уровень холестерина. Чем точнее учитываются данные факторы, тем меньший уровень страховых резервов необходим системе медицинского страхования.

То, что в отечественной методике используются только половозрастные группы, весьма ограниченные по числу, и не учитываются иные факторы, приводит к некорректному распределению финансовых ресурсов системы ОМС, формируя для одних СМО положительное, а для других отрицательное сальдо между подушевым расчетом и фактически оплаченными объемами медицинской помощи. Фактор «доступности» для отечественной системы здравоохранения является весьма существенным, ввиду того, что лечебная сеть Советского Союза и соответственно России формировалась с учетом этапности (уровней) медицинской помощи и нормативы обеспеченности койками и врачами для районов, городов и регионов учитывали потоки пациентов и управляли ими. Последние двадцать лет, после демонтажа советской системы Семашко, прежние административные рычаги управления системой здравоохранения перестали работать, а принципы планирования и управления новой страховой системой не были научно проработаны и четко сформулированы.

Сложность планирования медицинской помощи связана со следующими основными причинами:

1. Традиционные для отечественного здравоохранения подходы к планированию медицинской помощи рассматривают необходимый объем услуг через призму медицинских организаций и их взаимодействия с органами управления здравоохранением, а не через оценку потребности пациентов в услугах, с учетом

клинических рисков, связанных с утратой здоровья (утилитарная система здравоохранения). Данный подход к планированию и финансированию здравоохранения обеспечивал доступность заданного перечня медицинских технологий в определенном историческом периоде и требовал постоянного пересмотра системы нормирования, т.к. не обладал внутренними механизмами повышения клинической и экономической эффективности.

2. В страховом периоде отечественного здравоохранения, начиная с 1993 года, страховые медицинские организации не были участниками планирования объемов медицинской помощи в системе ОМС и каждая медицинская организация, выполняющая территориальную программу ОМС «получала» объемы от органа управления здравоохранением, который привлекал к данной работе территориальный фонд ОМС, основного «держателя» финансов медицинского страхования.

3. В соответствие с правом граждан Российской Федерации самостоятельно выбирать и менять страховую медицинскую организацию существует определенная динамика страхового поля, требующая постоянного пересмотра доли плановых объемов, относимых к финансовой ответственности конкретных СМО и постоянной корректировке плановых объемов, как для медицинской организации в целом, так и для её страховых сегментов.

Для обеспечения непрерывного (ежемесячного) финансирования медицинских организаций необходимо обеспечить квартальную и месячную разбивку объемов медицинской помощи, т.е. учесть сезонные колебания заболеваемости застрахованного населения (см. Рис.6).

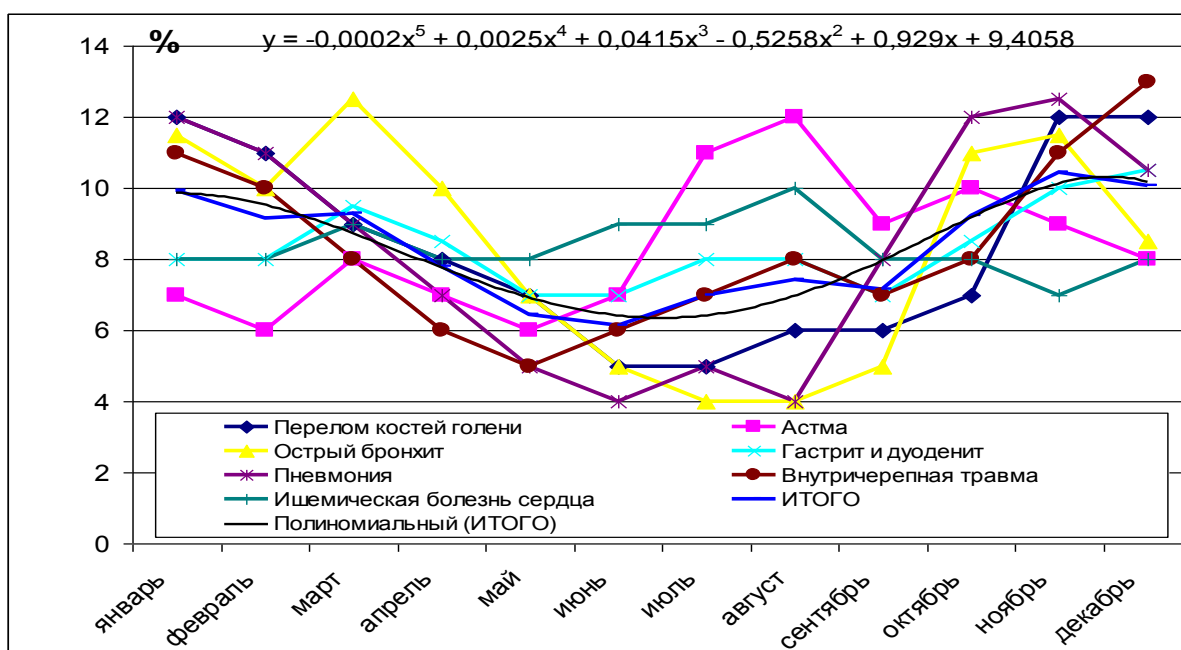


Рис.6. Сезонные изменения объемов медицинской помощи для различных заболеваний.

Из приведенного графика следует, что объем медицинской помощи для различных заболеваний существенно отличается. Хотя его среднее значение имеет тенденцию к уменьшению в середине года (летний период) и увеличению в зимний период. Для конкретной медицинской организации с целью корректного распределения годовых объемов необходимо учитывать как структуру лечебных отделений (и состав врачей), так и демографические (и иные) характеристики «прикрепленного» населения, а не только финансовые затраты прошлых периодов.

В России законодательный переход на страховую модель произошёл в 1994 году, после внесения поправок в закон 1991 года о медицинском страховании граждан. Но схема планирования медицинской помощи в рамках данного закона не рассматривалась. За основу была принята нормативная база формирования лечебной сети для государственной системы здравоохранения, которая регулировалась большим перечнем плановых нормативов, определяющих структуру медицинских организаций, лечебных и иных подразделений, численность и нагрузку персонала медицинских организаций. Большинство из этих нормативов были сформированы в период между 60 и 80 годами 20 века. Эти нормативы характеризовали принятый в СССР экстенсивный путь развития отрасли здравоохранения, обеспечивающий это развитие за счет количественного увеличения коек, врачей, медицинских

организаций, без серьезного повышения эффективности деятельности этих организаций.

В такой схеме организационно-экономических отношений медицинские организации, по своей организационно-правовой форме полностью зависимые от учредителя в лице государства (муниципалитета), экономически не мотивированы на повышение эффективности своей деятельности, а страховые медицинские организации не несут финансовых рисков, связанных с неэффективной деятельностью медицинских организаций, и не заинтересованы в превентивных способах планирования медицинской помощи, ориентируя её на потребности пациентов – застрахованных лиц.

В положениях федерального закона «Об обязательном медицинском страховании...» можно выделить четыре основных принципа формирования территориальной программы ОМС:

1. Программа ОМС и её финансовое обеспечение формируется с учетом уровня медицинских технологий, определенных порядками и стандартами медицинской помощи, едиными для всей страны.

2. Коллегиальность принятия решений по вопросам планирования, в рамках программы ОМС, и обязательное участие в этом процессе не только страховых медицинских организаций и медицинских организаций, но и общественных организаций в лице ассоциаций и профессиональных союзов.

3. Объемы медицинской помощи распределяются по страховым медицинским организациям и медицинским организациям, исходя не только из количества «прикрепленных» застрахованных граждан, но и с учетом их потребности. При этом объем запланированной помощи учитывает помощь, оказываемую за пределами субъекта, в котором выдан страховой полис.

4. Стоимость утвержденной программы не должна превышать суммы, предусмотренной бюджетом территориального фонда ОМС на финансирование этой программы.

Своими решениями Комиссия по формированию территориальной программы ОМС должна обеспечить клинико-экономический баланс регионального здравоохранения, являясь коллегиальным уполномоченным органом. В положении о деятельности комиссии не затрагиваются методологические вопросы планирования,

ценообразования и мониторинга деятельности системы здравоохранения, хотя принимать объективные решения члены комиссии должны.

Для оценки ресурсного обеспечения программы государственных гарантий и входящей в её структуру базовой программы ОМС, а так же для учета региональных особенностей организации и оказания медицинской помощи при формировании соответствующих территориальных программ необходима конкретизация объемных и финансовых нормативов.

Данная конкретизация объемов медицинской помощи должна быть определена на уровне федерации, в части основных, существенных для всего национального здравоохранения услуг и их комплексов, обеспечивающих лечение и диагностику типичных для всех регионов заболеваний при использовании стандартизированных технологий лечения и диагностики.

Специфика региональной заболеваемости, связанная с демографической структурой населения, климатическими или техногенными особенностями и территориальной структурой лечебной сети должна учитываться через наборы услуг и медицинских технологий, изменяющих общероссийские объемы услуг, корректируя их перечень и вводя по необходимости дополнительные наборы услуг и их комплексов.

Общероссийский перечень медицинских услуг и их количественная характеристика должны определяться исходя из уровня заболеваемости населения, с выделением наиболее часто встречающихся заболеваний, заболеваний вносящих максимальный вклад в показатель общей смертности и заболеваний, лечение (диагностика) которых требует высоких ресурсных затрат. Особенности региональной заболеваемости, их отклонения от общероссийских должны определяться в сопоставимых показателях заболеваемости по классам и группам болезней. При этом региональные особенности заболеваемости могут изменять приоритеты для различных заболеваний и их групп.

Стоимостное выражение медицинских услуг и медицинских технологий определяет финансовые ресурсы по федеральной программе государственных гарантий, т.н. базовые финансовые нормативы, а отклонения региональных наборов медицинских услуг территориальные финансовые нормативы, в том числе учитывающие региональные отклонения ресурсной стоимости однотипных медицинских услуг. Примером может быть районный коэффициент заработной

платы работников бюджетной сферы, все еще применяемый при формировании фонда оплаты труда в здравоохранении.

Таким образом, территориальный коэффициент удорожания программы государственных гарантий становится интегральным коэффициентом, учитывающим с одной стороны, обоснованные отклонения перечня и объема услуг, учитывающих специфику региональной заболеваемости и её отклонение от федерального перечня и объема, с другой стороны данный коэффициент учитывает региональные отклонения стоимости ресурсов для одних и тех же медицинских услуг.

В общем виде данный коэффициент определяется следующей формулой:

$$K^y = K^1 * (k^2 * K^2 + k^3 * K^3 + \dots + k^n * K^n) * \dots * (1 + K^m)$$

где: K^y – интегральный коэффициент удорожания финансового норматива программы государственных гарантий;

K^1 – коэффициент удорожания, учитывающий отклонения объема и перечня территориального набора медицинских услуг при федеральном уровне стоимости ресурсов здравоохранения;

k^2 – весовой коэффициент учитывающий долю ресурсов в себестоимости услуг, кроме стоимости труда;

K^2 – коэффициент удорожания, учитывающий отклонения региональной стоимости ресурсов выше федеральной, за исключением стоимости труда;

k^3 – весовой коэффициент учитывающий долю стоимости труда в себестоимости услуг;

K^3 – коэффициент удорожания, учитывающий отклонение региональной стоимости труда;

k^n – весовой коэффициент учитывающий долю конкретного вида ресурсов в себестоимости услуг (при этом данные ресурс исключается из k^2);

K^n – коэффициент удорожания n-го ресурса (при этом данный ресурс исключается из K^2);

K^m – иные существенные отклонения региональной стоимости 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).

Интегральный коэффициент удорожания применяется к подушевому финансовому нормативу программы государственных гарантий по следующей формуле:

$$\Phi^T = \Phi^F * \Psi^T * K^Y$$

где: Φ^T – территориальный финансовый норматив на одного жителя (застрахованное лицо);

Φ^F – финансовый норматив на одного жителя по ПГГ (на застрахованное лицо по программе ОМС);

Ψ^T – численность населения субъекта РФ.

Ключевым элементом данной методологии планирования ПГГ (базовой программы ОМС) являются группы медицинских технологий, объединяющие различные заболевания в рамках профильного отделения (врачебной специальности) и (или) класса болезней по МКБ-10.

Являясь, с одной стороны, усредненной медицинской технологией, содержащей перечень заболеваний, условия и место оказания необходимых медицинских услуг, их перечень, состав лекарственных средств и предметов медицинского назначения, каждая медицинская технология несет в себе параметры клинического процесса, позволяющего определять и оптимизировать клинико-организационный аспект системы здравоохранения.

С другой стороны, усредненная медицинская технология непосредственно связана с ресурсами здравоохранения и позволяет определить с достаточной точностью планово-экономические аспекты здравоохранения, обеспечивая тем самым клинико-экономический баланс системы здравоохранения, как на уровне страны, так и для любого субъекта РФ.

Таким образом, клинико-экономический баланс, на основе групп медицинских технологий обеспечивает медико-социальную результативность использования всех ресурсов здравоохранения за счет конкретизации планирования и финансирования медицинской помощи посредством

применения в практике планирования и финансирования СМО, медицинских организаций и врачей формализованных (усредненных) медицинских технологий диагностики и лечения различных заболеваний, состояний и их групп.

Авторами предложены основные методические подходы для поэтапного устранения сложившихся организационно-экономических противоречий посредством формирования новых экономических нормативов ресурсного обеспечения государственных гарантий в сфере медицинских услуг.

Раздел 4. Планирование и финансирование медицинской помощи с использованием экономических нормативов ресурсного обеспечения с целью достижения клинико-экономического баланса регионального здравоохранения

В третьем разделе были предложены и обоснованы основные методические подходы по разработке экономических нормативов ресурсного обеспечения здравоохранения (ЭНРО), для реализации государственных гарантий в сфере медицинских услуг. Единицей нормирования предложено использовать клинико-статистические группы заболеваний, являющиеся усредненными медицинскими технологиями диагностики и лечения различных заболеваний. Использование КСГ для целей нормирования позволяет решить вопросы оптимизации лечебной сети медицинских организаций и конкретизировать перечень и объем необходимых ресурсов. Кроме того, КСГ можно использовать в качестве единиц планирования и финансирования медицинской помощи, благодаря наличию у них клинической (средние наборы услуг и медикаментов) и экономической (стоимость – абсолютная и относительная) составляющих, обеспечивая тем самым единство единиц планирования и финансирования медицинской помощи.

При практике формирования ЭНРО необходимо опираться на тот же статистический массив информации, отражающий заболевание, применяемые медицинские технологии и возраст, аналогично формированию КСГ изложенному во втором разделе.

Основной отличительной особенностью методологии формирования ЭНРО является больший, чем региональный, массив данных, охватывающий не менее 10% населения страны, проживающего в различных регионах, для нивелирования демографических, климатогеографических и технологических (обеспеченность врачами, оборудованием и медицинскими организациями) особенностей, оказывающих существенное влияние на уровень индивидуального и общественного здоровья.

Таким образом, система экономических нормативов ресурсного обеспечения позволяет обеспечить клинико-экономический баланс (КЭБ) государственных гарантий в сфере медицинских услуг.

Механизм КЭБ опирается на систему КСГ, обеспечивающих охват всего многообразия заболеваний, синдромов и состояний, включенных в международную классификацию болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Одновременно с этим КСГ несут информацию по медицинским технологиям, используемым в процессе диагностики и лечения, включенных в КСГ заболеваний (синдромов и состояний). По этой причине для формирования КСГ, используемых при создании системы ЭНРО не достаточно обработать статистические данные по заболеваемости на предмет частоты встречаемости тех или иных заболеваний. Данная информация содержится в государственных статистических отчетных формах по здравоохранению. Это форма №12 – структура заболеваемости по амбулаторно-поликлинической помощи и форма №14 – структура заболеваемости по госпитальной (стационарной) помощи, а также в других формах отчетности, в части отдельных классов болезней и клинических ситуаций (8, 11, 13, 32, 35, 36-ПИ, 37, 57, 61) .

Информация, которая содержится в данных отчетных формах, позволяет выделить для каждого класса болезней наиболее значимые по числу пациентов позиции и дифференцировать их по возрасту. Но в данных формах отсутствует информация, определяющая применяемую технологию лечения, которая может существенно отличаться при лечении одной и той же патологии у детей и взрослых или в различных профильных отделениях или в одном и том же отделении, но с применением различных клинических методик и различных лекарственных препаратов.

Определить технологические особенности лечебного процесса возможно с использованием реестров пролеченных больных, используемых в системе ОМС, которые содержат следующие технологические характеристики лечебно-диагностического процесса:

- профиль отделения или наименование врачебной специальности;
- условия оказания медицинской помощи;
- уровень и (или) этап оказания медицинской помощи;
- возраст пациента;

- наличие услуг, оказываемых в условиях оперблока;
- наличие услуг, оказываемых в отделениях реанимации и интенсивной терапии.

Все перечисленные технологические признаки позволяют распределить зафиксированные медицинской статистикой патологии относительно различных наборов медицинских услуг.

Анализ оказанной медицинской помощи, проведенный по семи регионам РФ, с общей численностью населения порядка 17 млн. жителей в рамках одного лидирующего класса болезней позволяет выявить те основные заболевания и медицинские технологии, которые являются типичными для национального здравоохранения. А также те, которые являются специфичными для региона, и зависят от его демографической структуры и климатогеографических характеристик (среднегодовые температуры, транспортная доступность, уровень урбанизации и плотность населения).

Так как в разных регионах одни и те же заболевания получили различные рейтинги, то предложим следующие условия определения «абсолютного» рейтинга для рубрик МКБ-10:

1. Для каждой рубрики рассчитывается показатель рейтинга в баллах, как сумма баллов, обратно пропорциональная рейтинговому месту конкретного региона.
2. Рубрики МКБ-10, которые встретились во всех регионах, получают дополнительные 7 баллов, в 6 регионах – 6 баллов и т.д.
3. Абсолютный рейтинг определяется отдельно по консервативным и оперативным технологиям, по детям и взрослым.
4. Заведомо ошибочные рубрики МКБ-10 на основании экспертного заключения не учитываются при определении рейтинга.

В таблице 4 приведены результаты определения абсолютного рейтинга заболеваний, по которым осуществлялось лечение в стационарах взрослых пациентов с использованием консервативных методов лечения (по данным исследуемых субъектов РФ).

Таблица 4.

**Абсолютный рейтинг рубрик МКБ-10 по стационарной медицинской помощи
(консервативное лечение)**

		Московская обл.	Красно- ярск	Тюмень	Рязань	Тверь	ХМАО	ЯНАО	Групп	Рейт.
I20	Стенокардия	10	9	8	8	11	11	10	7	74
I11	Гипертония	9	7	3	6	7	12	11	7	62
I67	Цереброваскуляр.	7	6	7	5	10	10	9	7	61
I25	Ишемия	8	2	6	7	9	8	8	7	55
I63	Инсульт	6	8	5	4	7	9	5	7	51
I21	Инфаркт	5	4	2	2	5	3	4	7	32
I69	Посл. Церебровас.	4	3	0	3	4	2	7	6	29
I10	Пер. Гипертония	3	2	3	1	3	3	6	7	28
I48	Фибриляция	2	6	0	0	2	6	3	5	24
I70	Атеросклероз	0	0	0	0	6	7	0	2	15
I49	Нар. Серд. Рима	0	0	0	0	1	0	1	2	4
I22	Инфаркт повтор.	1	0	0	0	0	0	0	1	2
I64	Инсульт не кровоизл.	0	1	0	0	0	0	0	1	2
I61	Внутримозг. кровоизл.	0	0	1	0	0	0	0	1	2
I83	Варикоз	0	0	0	0	0	1	0	1	2

К характерным для всех регионов можно отнести рубрики МКБ-10 с абсолютным рейтингом до 24 баллов (с I20 по I48). Остальные заболевания (с I70 по I83) хотя и вошли в рейтинги основных заболеваний конкретных регионов, являются частными случаями для этих регионов или возможными ошибками в кодировании исходных данных.

Для стационарного лечения консервативными методами у взрослых для болезней системы кровообращения на федеральном уровне необходимо сформировать девять КСГ группы А, определить их технологический состав (набор

услуг и медикаментов и их количество) и рассчитать себестоимость ресурсов, необходимых для их реализации, как основы конкретизации программы государственных гарантий и определения средних финансовых нормативов, в том числе подушевых.

Остальные КСГ группы А могут формироваться для конкретных регионах, в которых данная патология встречается чаще. В остальных регионах данные заболевания будут сгруппированы в КСГ группы D или групп В и С, если в этом будет необходимость.

В таблице 5 приведены данные по КСГ для стационарной медицинской помощи, сформированные на основе информации перечисленных регионов.

Таблица 5

КСГ по стационарной медицинской помощи.

Технологии лечения	Для уровня федерации				Дополнительно для субъекта			
	А	В	С	D	А	В	С	D
Взрослые-консервативно	320	20	10	190	50	0	0	30
Взрослые-оперативно	280	35	15	180	60	5	0	25
Дети-консервативно	360	15	25	120	55	0	5	20
Дети-оперативно	260	10	30	160	80	10	10	40
ИТОГО	1220	80	80	650	245	15	15	115

Таким образом, общее число КСГ, на базе которых может формироваться система экономических нормативов ресурсного обеспечения с достаточным уровнем охвата заболеваний и медицинских технологий, с различной степенью группировки патологий, для стационарной помощи составляет:

- для национального здравоохранения – 2030 КСГ;
- для учета региональных особенностей – 390 КСГ.

Для амбулаторной помощи, включая стационарозамещающие медицинские технологии, число КСГ всех групп меньше на 40 - 50%% чем для стационарной медицинской помощи.

При формировании территориальной ПГГ (ОМС) должны учитываться, в рамках соответствующего постановления правительства РФ:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;
- особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации;
- уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики;
- климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций;
- сбалансированность объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения, в том числе уплата страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Практическая реализация данных положений программы государственных гарантий и входящей в её состав базовой программы ОМС не возможна в рамках «традиционной» методологии планирования в здравоохранении, где центральным элементом планирования (и финансирования) является нормативная структура медицинской организации, описываемая такими категориями как: число коек, численность врачебного и среднего медицинского персонала, число врачебных кабинетов и т.п.

В настоящее время отсутствует федеральная методическая база по планированию медицинской помощи, где центральной фигурой является пациент, его патология и необходимая для лечения медицинская технология, с соответствующим стандарту средним набором медицинских услуг (по диагностике и лечению), медикаментов и т.п.

Решить существующие противоречия между положениями постановления правительства по ПГТ (программе ОМС) возможно только комплексно решая следующие задачи:

- оценки (анализа) медицинской помощи, определяя потребности застрахованного населения для формирования функции спроса,
- оценка ресурсного потенциала медицинских организаций, наличие специалистов, оборудования, необходимых помещений и сооружений, а также степень освоённости медицинских технологий отвечающих потребности населения, т.е. формирование предложения со стороны медицинских организаций;
- планирования заданий (заказов) для медицинских организаций,

- оценки стоимости всех ресурсов, необходимых для реализации стандартов и порядков медицинской помощи и проведения открытой и реалистичной тарифной политики,

- выбора мотивационных способов оплаты медицинской помощи, сбалансированных с плановой и тарифной политикой,

- определения размера подушевых нормативов СМО.

Многокомпонентная модель, обеспечивающая региональный клинко-экономический баланс представлена на рисунке 7.



Рис.7. Схема обеспечения регионального клинко-экономического баланса.

В представленной схеме реализуется следующая планово-тарифная парадигма: **«За счет общественных (страховых) финансовых источников осуществляется финансирование запланированных медицинских услуг и медицинских технологий, а не любая деятельность медицинских организаций».**

Для реализации данной парадигмы необходимо изменить подходы к анализу результатов деятельности региональной системы здравоохранения.

Дополнительно к данным медицинской статистики, оценивающим деятельность медицинских организаций, необходимо добавить данные по

медицинской помощи (услугам и технологиям), оказанной пациентам в рамках государственных (страховых) гарантий.

Основную роль здесь играет анализ частоты встречаемости заболеваний для различных категорий пациентов и частоты применяемости медицинских технологий (или отдельных услуг, не включаемых в технологии), используемых для лечения этих заболеваний, как в целом по региональному здравоохранению, так и отдельным территориальным образованиям и медицинским организациям.

Основной функцией в приведенной схеме является сопоставление результатов частотного анализа с баком медицинских технологий и услуг и определение суммарной совокупности ресурсов, необходимых для выполнения нормативов территориальной программы ОМС и оценка наличия необходимого ресурсного потенциала у медицинских организаций, участвующих (привлекаемых) в реализации программы ОМС.

Результатом данного сопоставления является степень совпадения потребности (спроса) населения в медицинских технологиях и возможности (предложения) медицинских организаций эти технологии реализовать, в рамках финансовых ресурсов региональной системы ОМС, при наличии адекватного механизма передачи финансовых ресурсов в медицинские организации.

Достижение клинико-экономического баланса является процессом этапным, т.к. требует проведения определенных организационных мероприятий, повышающих эффективность действующей региональной сети через механизмы административного и экономического управления потоками пациентов для обеспечения их потребности в медицинских технологиях.

Кроме того, для достижения баланса необходимо проводить мероприятия по модернизации регионального здравоохранения, изменяющие ресурсный потенциал действующей региональной сети для сближения потребности населения и возможности медицинских организаций, спроса и предложения на гарантированные государством услуги.

Территориальная ПГГ и программа ОМС, является суммой клинико-экономических балансов всех медицинских организаций, в которых учтены и потребности населения в зоне обслуживания, выраженные с помощью банка медицинских технологий и услуг и ресурсных возможностей медицинских

организаций, с учетом административной и экономической оптимизации лечебной сети и плана мероприятий по её модернизации.

В рамках регионального клинико-экономического баланса реализуются следующие, основные этапы:

1. Оценка потребности населения региона в различных медицинских технологиях;

2. Расчет объемных и финансовых показателей территориальной ПГГ (программы ОМС) с учетом требований постановления правительства РФ от 22.10.2012 г. №1074 (соответствующего постановления правительства РФ) и писем МЗ РФ о порядке формирования и экономического обоснования, территориальных ПГГ и программ ОМС.

3. Формирование КСГ на основе данных по структуре заболеваний и применяемых технологий для лечения пациентов за предыдущие периоды.

4. Расчет стоимости КСГ на основе ресурсного наполнения порядков и стандартов медицинской помощи, в процессии их адаптации к региональным особенностям субъекта РФ.

5. Формирование плановых заданий для медицинских организаций на плановый период 2013-2015 г.г. на основе объективной потребности населения в стационарной (стационарозамещающей) медицинской помощи, выраженной в числе случаев лечения по КСГ.

6. Расчет базового тарифа для КСГ, учитывающего финансовый баланс показателей территориальной ПГГ (программы ОМС) и совокупности всех плановых заданий для медицинских организаций.

7. Расчет тарифов для КСГ, входящих в тарифные группы, учитывающие особенности хозяйствования различных медицинских организаций.

8. Расчет базовых подушевых нормативов для амбулаторно-поликлинической помощи (без учета стоматологии) и скорой медицинской помощи и определение коэффициентов удорожания по различным медицинским организациям, учитывающим особенности хозяйствования медицинских организаций.

9. Расчет базовой стоимости 1 УЕТы (условной единице трудоемкости) для амбулаторно-поликлинической помощи (в части стоматологии) определение коэффициентов удорожания по различным медицинским организациям, учитывающим особенности хозяйствования этих медицинских организаций.

10. Разработка и реализация плана мероприятий по объективизации и устранению существенных отклонений между базовыми тарифами и тарифными группами, а также коэффициентами удорожания.

На рис. 8 представлена схема формирования плановых заданий для медицинских организаций с использованием клинико-статистических групп заболеваний.



Рис.8. Блок-схема формирования плановых заданий для медицинских организаций.

Предложенная методика планирования предполагает не только обеспечение финансовой стабильности, но и постепенный переход от индивидуальных условий финансирования каждой медицинской организации с преимущественным учетом их собственных издержек на выполнение программы государственных гарантий в сфере медицинских услуг за счет индивидуальных тарифов – к единым экономическим нормативам ресурсного обеспечения.

Заключение

Анализ проблем Российского здравоохранения позволил выявить основные причины отсутствия серьезных позитивных изменений в практике реформирования отечественного здравоохранения, продолжающегося третий десяток лет, это:

1. Декларативный характер Программы государственных гарантий по медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно;
2. Отсутствие практики планирования медицинской помощи, ориентированной на предоставление пациентам конкретного набора медицинских услуг в совокупности современных медицинских технологий;
3. Оценка деятельности медицинских организаций, и здравоохранения региона в целом, по выполнению «сетевых» показателей (койко-дней, посещений и т.п.), не учитывающих структуру заболеваемости пациентов и результаты лечения.
4. Отсутствие ответственности СМО по финансовым рискам и формальное их участие в закупке медицинских услуг для своих застрахованных лиц;
5. Наличие в регионах, разнообразных форм и методов оплаты одноименных видов медицинской помощи, многообразие подходов к ценообразованию и тарифному регулированию;
6. Сохранение большинством медицинских организаций, организационно-правовой формы - «учреждение».
7. Не ориентированная, на результат деятельности, система оплаты труда медицинского персонала.
8. Низкий уровень стандартизации в здравоохранении.

Определена ключевая роль государственного управления в подготовке и проведении реформ здравоохранения. Успех проводимых реформ связан с наличием гибкой и долгосрочной концепции развития и реформирования национального здравоохранения.

Рассмотрев международный опыт планирования и оплаты медицинских услуг за счет общественных источников и отечественный опыт формирования и

применения порядков и стандартов медицинской помощи, определенный на уровне федерального законодательства, автор пришел к выводу о необходимости использования международного опыта по применению диагностически-родственных групп заболеваний (DRG) в различных странах, в сочетании с отечественной практикой стандартизации здравоохранения.

Предложена методика формирования региональных клинико-статистических групп заболеваний, учитывающих региональную статистику заболеваемости и особенности функционирования сети медицинских организаций.

Особенностью предложенной методики является дифференцирование КСГ по частоте встречаемости и клинико-социальному значению конкретных заболеваний и их групп. Все часто встречающиеся заболевания, общей долей 80-90% от всей суммы пациентов, группируются в КСГ группы «А», в рамках рубрики МКБ-10, с обязательной «увязкой» с соответствующими федеральными стандартами медицинской помощи. Все остальные заболевания предложено объединять в более крупные группы (в рамках блока рубрик МКБ-10), с экспертным определением относительного коэффициента стоимости для данных КСГ - группы «D». При необходимости из КСГ группы «D» выделяются заболевания с высокими показателями смертности – КСГ группы «B» или высокой стоимостью - КСГ группы «C».

Такое распределение заболеваний по КСГ различных групп позволяет обеспечить:

1. Конкретизацию государственных гарантий, вводя в планирование понятие медицинской услуги и медицинской технологии, вместо койко-дня и посещения;
2. Требования порядков и стандартов медицинской помощи;
3. Объективный расчет необходимых ресурсов здравоохранения (в том числе – финансовых);
4. Формирование плановых заданий для медицинских организаций с использованием единых единиц планирования – КСГ, но с учетом потребности

населения в медицинских технологиях и ресурсной обеспеченности медицинских организаций на момент формирования плановых заданий в оборудовании и кадрах.

5. Изменение стратегии модернизации отрасли путем предварительной оценки потребности населения и возможности медицинских организаций, в рамках набора медицинских технологий (КСГ) и формирование объективных региональных мероприятий по модернизации и оптимизации лечебной сети.

Клинико-экономический баланс, на основе групп медицинских технологий (клинико-статистических групп заболеваний), обеспечивающих единство клинических и экономических параметров и являющихся экономическими нормативами ресурсной обеспеченности государственных гарантий в сфере медицинских услуг, определяет медико-социальную результативность использования всех ресурсов здравоохранения за счет конкретизации планирования и финансирования медицинской помощи.

Предложенные и обоснованные методические подходы по формированию системы экономических нормативов ресурсного обеспечения (ЭНОР) позволяют изменить порядок планирования медицинской помощи, гарантируемой государством, заменив морально устаревшие нормативы системы «Семашко», разработанные в середине XX века и рассчитанные на государственную организационно-экономическую модель здравоохранения, функционирующую в условиях административно-командной экономической системы.