

УСЛОВИЯ ДОСТИЖЕНИЯ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО БАЛАНСА РЕГИОНАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ (МНОГОКОМПОНЕНТНАЯ МОДЕЛЬ)

© 2016 Чилилов Абдула Магомедович

научный сотрудник отделения ортопедии и артрологии

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27

© 2016 Лapidус Лариса Владимировна

доктор экономических наук, профессор экономического факультета

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова

119991, г. Москва, Ленинские горы, д. 1

E-mail: chililov@mail.ru

Система национального здравоохранения в экономически развитых странах является важнейшей составной частью государственной политики, направленной на формирование качества жизни и человеческого капитала общества. В условиях сохраняющегося дефицита финансирования в здравоохранении определяющим фактором становится условие повышения эффективности затрат на оплату медицинской помощи в системе ОМС. В данной статье рассматриваются методические подходы и практические решения по достижению клиничко-экономического баланса регионального здравоохранения.

Ключевые слова: экономика здравоохранения, оплата медицинских услуг, клиничко-статистические группы, финансирование медицинской помощи, клиничко-экономический баланс.

Изучая многообразие форм организации национальных систем здравоохранения в их непрерывном развитии и изменении, можно отметить основную эволюционирующую цель - обеспечение положительной динамики человеческой популяции, постоянно проживающей на территории государства (реже - группы государств).

И то, что исторически для различных организационно-экономических моделей национального здравоохранения используются разные способы достижения клиничко-экономического баланса, не препятствует сегодня выявлению и применению в отечественной практике тех организационных и ресурсных компонентов здравоохранения, которые обеспечивают условия получения жизненно необходимых населению медицинских услуг, медицинских технологий и медикаментов.

В настоящее время в большинстве экономически развитых стран используются гибридные организационно-экономические модели национальных систем здравоохранения.

Гибридные модели, как правило, органически сочетают в себе все четыре "базовые" схемы финансирования здравоохранения:

1) частное здравоохранение за счет средств граждан и (или) фирм;

2) рисковое страхование за счет добровольных страховых премий граждан и (или) фирм;

3) медико-социальное (нерисковое) страхование за счет обязательных взносов граждан и (или) фирм и (или) государственных налогов;

4) финансирование медицинской помощи за счет государственных налогов.

В зависимости от финансовой доли в общих расходах здравоохранения или от степени охвата граждан медицинскими услугами в рамках той или иной модели, а зачастую руководствуясь историческими "традициями", принято относить здравоохранение того или иного государства к "частной", "страховой", "государственной" моделям.

Примером тому может служить здравоохранение России. В Конституции нашей страны определен "гибридный" характер отечественного здравоохранения: *"Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений"*¹.

Хотя принято считать организационно-экономическую модель российского здравоохранения

“страховой” начиная с 1993 г., она таковой никогда не была. На заре своего формирования в советской чисто “государственной” модели (“Системы Семашко”) соотношение источников финансирования было следующим: средства бюджетов всех уровней - 80 %; средства обязательного медицинского страхования - 17 % и частные расходы граждан и фирм, в том числе на рисковое (добровольное) медицинское страхование - 3 %. Через 21 год после своего возникновения, в 2014 г. (официальные данные по расходам здравоохранения за 2015 г. на момент написания статьи еще не опубликованы), структура источников финансирования полностью определяет “гибридный” характер финансирования медицинской помощи в России (см. рис. 1).

следствие, к низкой эффективности клинических результатов. То есть большая часть ресурсов отечественного здравоохранения используется с низкой эффективностью и практически не контролируется органами власти, отвечающими за плановость и результативность системы здравоохранения.

3. Вторая по значимости финансовая составляющая - бюджетная (29,3 %) имеет высокую степень планирования и управления ресурсами, так как распространяется на государственные медицинские организации, выполняющие государственное задание и финансируемые по конкретным направлениям своей деятельности и по нормируемым видам расходов (на заработную плату; на медикаменты и предметы медицинского

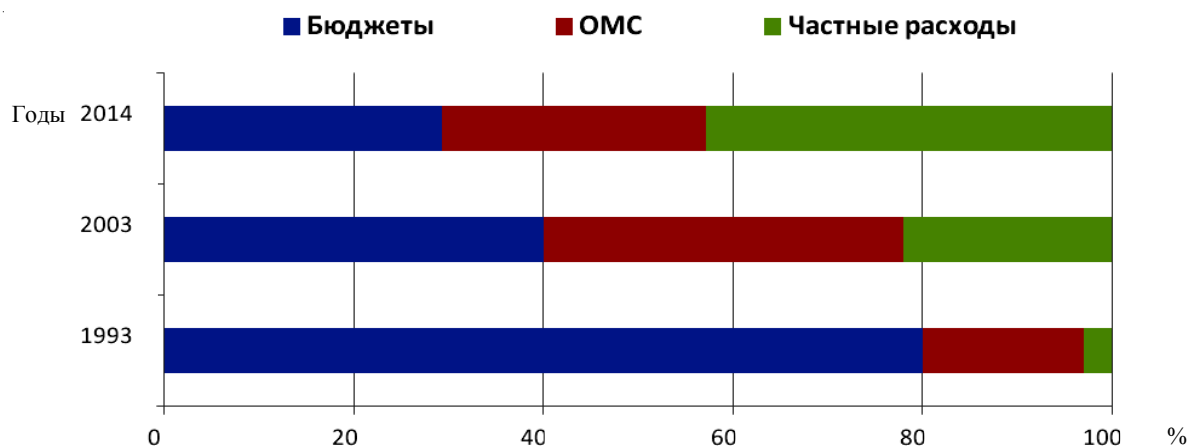


Рис. 1. Динамика изменения долевого финансирования по источникам

Анализируя “гибридный” характер отечественного здравоохранения, необходимо учитывать следующие обстоятельства:

1. Большая часть финансовых ресурсов (43 %) на цели сохранения здоровья поступает от граждан (пациентов), минуя механизмы консолидации рисков и механизмы контроля объема и качества получаемых товаров и услуг. Это платные услуги, оказываемые в государственных и частных ЛПУ; приобретение медикаментов и предметов медицинского назначения и т.п., расходы на лечение и профилактику заболеваний. Незначительная часть частных расходов (не более 10 %) поступает через механизм рискованного медицинского страхования (так называемое добровольное медицинское страхование, в том числе за счет средств фирм).

2. Отсутствие консолидации у большей части частных расходов приводит к низкой “управляемости” данных финансовых ресурсов и, как

назначения; на хозяйственное содержание; на приобретение основных средств и т.п.). Данная составляющая разделена на два крупных финансовых блока: расходы федерального бюджета на здравоохранение (11 % всех расходов на здравоохранение в 2014 г.) и бюджеты всех субъектов Российской Федерации (18,5 %). Расходы на здравоохранение муниципальных бюджетов в 2016 г. практически отсутствуют в связи передачей полномочий по организации и оказанию помощи на уровень субъекта РФ (см. Федеральный закон № 323 “Об основах охраны здоровья в Российской Федерации”).

4. Третья по величине финансовая составляющая здравоохранения - средства системы ОМС (28 % всего финансирования в 2014 г.) - представляется наиболее ориентированной на конкретные медицинские услуги и медицинские услуги, получаемые непосредственно гражданами. За счет средств ОМС (см.: Постановление пра-

вительства РФ от 19 декабря 2015 г. № 1382) осуществляется финансирование:

- 88 % амбулаторной медицинской помощи;
- 94 % помощи в условиях дневных стационаров;
- 88 % стационарной помощи;
- 100 % скорой медицинской помощи.

При этом финансируются все виды расходов медицинских организаций за исключением приобретения оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу, капитального строительства и капитального ремонта.

5. Высокая консолидация финансовых средств в системе ОМС (в бюджете федерального фонда ОМС) компенсируется существующей в стране финансовой схемой “движения” средств ОМС, что значительно снижает потенциал управляемости и эффективности этой части финансовых ресурсов здравоохранения. В каждом субъекте РФ создан и функционирует территориальный фонд ОМС и несколько негосударственных страховых медицинских организаций. Отсутствие единых подходов к планированию и финансированию территориальной программы ОМС приводит к многочисленным субъективным решениям в вопросах планирования и финансирования медицинской помощи, принимаемым комиссионным порядком.

Анализируя положения нормативных документов, регулирующих предоставление медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и региональных бюджетов (то, что ежегодно определяется территориальной программой государственных гарантий по здравоохранению), можно отметить низкий уровень конкретизации государственных обязательств. Как правило, в программах всех субъектов Федерации определяются: классы болезней по МКБ-10; условия оказания медицинской помощи; льготы по лекарственному обеспечению; медицинские технологии, отнесенные к высокотехнологической медицинской помощи, и ЛПУ, выполняющие данную программу.

Непосредственная связь заболевания гражданина с гарантируемым ему перечнем видов медицинского воздействия (услуг, медикаментов и др.) отсутствует и заменяется ссылкой на обязанность ЛПУ оказывать медицинскую помощь в соответствии с порядком медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи. При этом порядок медицинской помощи, обяза-

тельность выполнения которого определена федеральным законом, не содержит регламентаций непосредственно по лечебно-диагностическому процессу, а определяет ряд лицензионных требований по организации оказания медицинской помощи, т.е. непосредственно не касается пациента. Стандарты медицинской помощи, напротив, детально описывают лечебно-диагностический набор (ЛДН) для конкретного заболевания или состояния пациента (с учетом возможных отклонений от “среднего” значения), но не являются обязательными, а только “основой”, с точки зрения законодателя.

Еще одной особенностью отечественного здравоохранения выступает нормативное регулирование оказания платной медицинской помощи. Согласно постановлению Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006 “Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг” (действует с января 2013 г.) любая медицинская организация, выполняющая программу государственных гарантий, может оказывать услуги на платной основе, например:

1) устанавливать индивидуальный пост медицинского наблюдения в условиях стационара или осуществлять размещение в палате с числом мест меньшим, чем определено государственными гарантиями;

2) применять лекарственные препараты, не входящие в перечень ЖНВЛП, при условии отсутствия жизненных показаний или индивидуальной непереносимости, требующей “выхода” за пределы перечня;

3) применять медицинские изделия и лечебное питание, не предусмотренное стандартами медицинской помощи;

4) предоставлять медицинские услуги анонимно;

5) оказывать медицинскую помощь гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории;

6) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме;

7) государственное регулирование цен (тарифов) не распространять на оказание платных медицинских услуг, которые не входят в Перечень, утвержденный Постановлением Правительства РФ “О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)” от 7 марта 1995 г. № 239.

Учитывая особенности функционирования “гибридной” российской организационно-экономической модели здравоохранения, можно сделать вывод об отсутствии нормативной и методической основы для конкретизации необходимых пациенту лечебно-диагностических наборов, использование которых при заболевании (состоянии) пациента будет обеспечивать и клинический результат, и финансовую компенсацию использованных в процессе лечения ресурсов здравоохранения с указанием источников финансирования.

Вышеизложенное позволяет говорить о наличии в программе государственных гарантий (за счет средств бюджетов всех уровней и средств ОМС) только объемно-финансового баланса, в рамках которого используются лишь средние объемные и финансовые нормативы (в том числе на душу населения) высокой степени агрегации, а клиническая составляющая носит описательный характер, непосредственно не позволяющий проводить экономические расчеты.

Альтернативой объемно-финансовому балансу в здравоохранении может быть клинико-экономический баланс, построенный на вероятностных характеристиках заболеваемости населения, связанных в первую очередь с динамикой демографической структуры населения России, изменение которой определяет не только уровень заболеваемости, но и ее структуру и, как следствие, ожидаемые изменения уровня здоровья, подготовку ресурсного потенциала медицинских организаций, выбор приоритетов государственной политики по охране здоровья нации и необходимый уровень финансирования².

Основными компонентами, обеспечивающими клинико-экономический баланс регионально-го здравоохранения, являются следующие:

1) аналитический компонент, обеспечивающий обработку массивов данных, описывающих демографическую структуру населения региона (застрахованных по обязательному медицинскому страхованию) лиц и динамику ее изменения, характеризующий уровень заболеваемости и обращаемости за медицинской помощью, а также

структуру заболеваемости (обращаемости) и оценивающий ресурсный потенциал медицинских организаций в регионе (специализацию ЛПУ, количество койко-мест, врачей, средних медицинских работников, наличие лечебно-диагностического оборудования). Данный компонент обеспечивает мониторинг по реализации территориальной программы государственных гарантий как в объемных, так и в ресурсных показателях;

2) плановый компонент, определяющий оптимальную структуру регионального здравоохранения, обеспечивающего предоставление государственных гарантий по медицинской помощи, оптимальную логистику потоков пациентов, обеспечивающую доступность государственных гарантий по возможности ближе к месту постоянного проживания пациента, за счет организационно-ресурсной интеграции медицинских организаций, а также объем и структуру государственного задания для ЛПУ, выполняющих территориальную программу государственных гарантий (программу ОМС);

3) расчетно-экономический компонент, который обеспечивает нормирование и расчет стоимости ресурсов здравоохранения, представляя их денежную форму. Экономические расчеты строятся на преимущественно нормативном методе расчета по основным видам ресурсов здравоохранения (труду, медикаментам, предметам медицинского назначения, оборудованию и медицинским инструментам, питанию и мягкому инвентарю и другим видам ресурсов), для которых допустимо использовать нормативный метод ценообразования. В рамках расчетно-экономического компонента определяются параметры плана финансово-хозяйственной деятельности ЛПУ, такие как фонд оплаты труда, фонды закупок медикаментов, продуктов питания, медицинского оборудования (инструментов), мягкого инвентаря. Оценивается эффективность хозяйствования ЛПУ в рамках государственного задания и полученных финансовых ресурсов, а также определяются экономически стимулирующие схемы финансирования государственного задания и оплаты труда врачей и административного персонала, зависящие от результатов деятельности организации.

На рис. 2 представлена схема реализации клинико-экономического баланса регионального здравоохранения, в которой используются три перечисленных компонента, обеспечивающих данный баланс.



Рис. 2. Схема клинико-экономического баланса регионального здравоохранения

Государственные гарантии медицинской помощи, как уже отмечалось выше, представляют собой высокоагрегированные параметры деятельности лечебной сети (число госпитализаций в стационар, число посещений и обращений в поликлинику, число вызовов скорой медицинской помощи и т.п.), усредненные для всей страны и не учитывающие такие региональные особенности, как уровень заболеваемости населения, демографическая структура жителей, климатические и экологические факторы, влияющие на здоровье, и географические особенности территории и районирование медицинских организаций, влияющие на доступность медицинской помощи и требующие организации региональных потоков пациентов.

Возможность региона в части учета региональных особенностей (объективно делающих регион не “средним”), в части программы ОМС

ограничена нормативными документами, предписывающими “перераспределять” плановые объемы медицинской помощи, а не увеличивать их, так как финансирование ОМС осуществляется за счет средств федерального фонда ОМС.

Перед региональными органами управления здравоохранением и территориальными фондами ОМС стоит дилемма:

- с одной стороны, нужно учесть региональные факторы, объективно влияющие на объемы необходимой населению медицинской помощи и требующие превышения “средних” нормативов базовой программы ОМС;

- с другой стороны, нельзя выйти за рамки субвенции федерального фонда ОМС, рассчитанной в строгом соответствии со “средними” нормативными объемами медицинской помощи и средней стоимостью единицы нормативного объема.

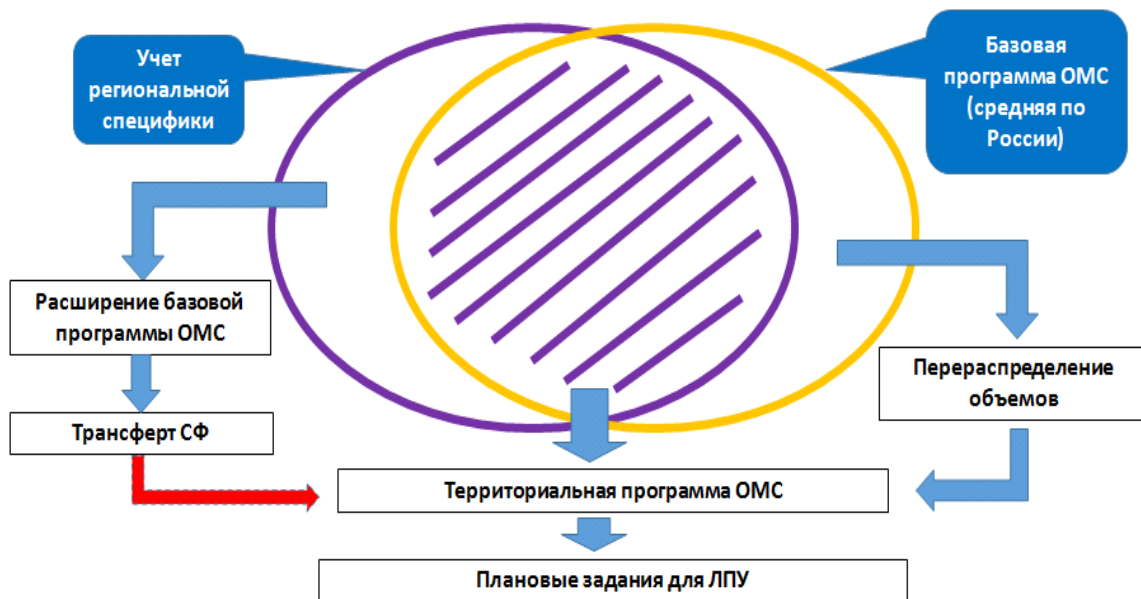


Рис. 3. Формирование территориальной программы ОМС с использованием аналитического и планового компонента

Описанная ситуация представлена на рис. 3. Учетные региональные особенности спроса населения на медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС могут отличаться от самой базовой программы, не совпадая как по объему, так и по структуре. Область совпадения базовой программы и региональных особенностей ни у кого не вызывает вопросов и размещается в медицинских организациях. Для полноты выполнения базовой программы в тех ее аспектах, которые не находят отражения в территориальных особенностях (правая сторона рис. 3), необходимо перераспределять объемы с учетом уровней и этапов оказания медицинской помощи в рамках регионального здравоохранения, используя санитарную авиацию, телемедицину и передвижные формы предоставления медицинских услуг. А вот несовпадение региональных особенностей и базовой программы ОМС, увеличивающее объемные или финансовые нормативы (левая сторона рисунка), может реализовываться только за счет средств регионального бюджета, направляемых в территориальный фонд в виде межбюджетного трансферта. Только в этом случае территориальные особенности могут стать территориальной программой ОМС, в противном случае их финансирование за счет субвенции федерального фонда ОМС будет считаться нецелевым расходованием средств. Необходимо отметить, что территориальные программы большинства субъектов РФ просто не учитывают объективные территориальные особенности ввиду отсутствия у бюджета субъекта возможности дополнительного финансирования территориальной программы ОМС.

Аналитический компонент, обеспечивающий клинико-экономический баланс, позволяет представить спрос населения на медицинскую помощь и предложение медицинских организаций в одинаковых единицах, которыми являются лечебно-диагностические наборы (ЛДН) для различных заболеваний и их групп.

Основой формирования ЛДН является банк медицинских услуг и технологий (БМУиТ), представляющий собой перечень простых и сложных медицинских услуг, применяемых в практическом здравоохранении, а также комплексные услуги, состоящие из “среднего” набора простых и сложных услуг и предназначенные для реализации полноценного лечебного процесса или его законченного этапа (например, диагностики, интенсивного лечения, в том числе реанимации, долечива-

ния, реабилитации или профилактики), для различных заболеваний и (или) состояний.

Кроме описательной (клинической) части медицинских услуг и технологий, БМУиТ содержит параметрическую информацию по трудоемкости (времени) оказания услуг с участием врачей и (или) среднего медицинского персонала, сложности данных услуг (перечню классификационных требований к исполнителям), по медикаментам, расходным материалам, оборудованию и инструментам. Эту параметрическую информацию можно охарактеризовать как “технологическую карту” выполнения услуги. Для медицинских технологий дополнительной информацией являются медикаменты и медицинские изделия, непосредственно не связанные с медицинскими услугами, формирующими медицинскую технологию.

Начиная с 2013 г. отечественное здравоохранение в качестве единицы финансирования стало применять клинико-статистические группы (КСГ), отечественный аналог широко используемых во всем мире диагностически родственных групп (ДРГ-DRG)³. В рекомендациях по их использованию в 2016 г. допускается их применение для целей планирования государственных гарантий и для формирования государственных заданий ЛПУ⁴.

Формирование лечебно-диагностических наборов для заболеваний, сгруппированных в КСГ, как при использовании консервативных, так и оперативных методов лечения позволяет провести сопоставление спроса на медицинские услуги и предложения медицинских организаций по их выполнению.

Государственные гарантии медицинской помощи, представленные лечебно-диагностическими наборами для КСГ, в рамках аналитического компонента позволяют оценить уровень достижения клинико-экономического баланса регионального здравоохранения и сформулировать основные параметры региональной лечебной сети, обеспечивающей выполнение государственных гарантий.

По сути, создается гибкая система нормирования медицинской деятельности на основе матрицы лечебно-диагностических наборов и планирования медицинской деятельности для ЛПУ. При этом параметры медицинской деятельности, состоящие из стандартных медицинских услуг и изменяемых медицинских технологий,

обеспечивают изменчивость лечебного процесса при рассчитанных нормативным методом всех ресурсов здравоохранения и финансовых средств, реализуя тем самым расчетный компонент клинико-экономического баланса.

Плановый компонент обеспечивает адекватное планирование программы государственных гарантий и формирование государственных заданий для медицинских организаций.

В рамках полученного государственного задания, используя расчетный компонент клинико-экономического баланса, ЛПУ формирует план финансово-хозяйственной деятельности и устанавливает организационные и технологические параметры своей деятельности для достижения определенных государственным заданием результатов с гарантированным, нормативным финансированием из общественных источников (средства ОМС и бюджета).

Такая конкретизация государственных гарантий позволяет, с одной стороны, контролировать эффективность работы ЛПУ по выполнению государственного задания, а с другой - определять границу бесплатной и платной медицинской помощи, упорядочивая тем самым потребление не

только общественных финансовых источников (бюджет и ОМС), но и частных средств, направляемых на дополнение государственных гарантий, что позволяет избежать дублирования финансовых ресурсов при реализации одного и того же лечебно-диагностического набора.

¹ Конституция Российской Федерации : [принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г.] : [с учетом поправок, внесенных законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30 дек. 2008 г. № 6-ФКЗ, от 30 дек. 2008 г. № 7-ФКЗ, от 5 февр. 2014 г. № 2-ФКЗ, от 21 июля 2014 г. № 11-ФКЗ]. Ст. 41, п. 1.

² Манухина Е.В., Пирогов М.В., Чилилов А.М. Обеспечение ресурсной стандартизации в здравоохранении на базе клинико-статистических групп заболеваний // Справочник врача общей практики. 2013. № 2. С. 71-77.

³ Шишкин С.В., Сажина С.В., Селезнева Е.В. Изменения в деятельности страховых медицинских организаций в новой системе ОМС // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2015. № 5. С. 32-36.

⁴ Чилилов А.М., Латидус Л.В., Пирогов М.В. Пути развития стандартизации российского здравоохранения на современном этапе // Вестн. РАЕН. 2015. № 4. С. 70-76.

Поступила в редакцию 09.01.2016 г.