

**Министерство здравоохранения и социального развития  
Российской Федерации**

**Федеральное государственное учреждение  
«Центральный научно-исследовательский институт организации и  
информатизации здравоохранения Федерального агентства по  
здравоохранению и социальному развитию»**

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ  
АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,  
ОРИЕНТИРОВАННЫХ НА РЕЗУЛЬТАТ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРИНЦИПА «ФОНДОДЕРЖАНИЯ»**

Методические рекомендации

Москва, 2011

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

<b>Минздравсоцразвития России</b>	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
<b>НИР</b>	Научно-исследовательская работа
<b>ОМС</b>	Обязательное медицинское страхование
<b>ПГГ</b>	Программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
<b>ТПОМС</b>	Территориальная программа обязательного медицинского страхования
<b>ФФОМС</b>	Федеральный фонд ОМС
<b>ТФОМС</b>	Территориальный фонд ОМС
<b>СМО</b>	Страховая медицинская организация
<b>ФГУ ЦНИИОИЗ</b>	Федеральное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»
<b>МО</b>	Медицинская организация
<b>ПМСП</b>	Первичная медико-санитарная помощь

## **I. Общие положения**

Настоящие Методические рекомендации разработаны в соответствии с действующей нормативно-правовой базой в сфере здравоохранения, регламентирующей внедрение способов оплаты амбулаторной медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности.

Рекомендации адресованы специалистам и организаторам здравоохранения, а также специалистам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС), страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование (далее - СМО), руководителям медицинских организаций, работающим в системе обязательного медицинского страхования.

Материал Методических рекомендаций основан на данных, полученных в результате анализа опыта субъектов Российской Федерации, работающих в условиях фондодержания, анализа российских и зарубежных публикаций и исследований по данной тематике.

На сегодняшний день, нормативно-законодательные условия для осуществления выбора и внедрения эффективных способов оплаты медицинской помощи представлены утвержденным 29.11.2010г. Федеральным Законом № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования<sup>1</sup>, ежегодно утверждаемой Постановлением Правительства Программой государственных гарантий, а также реализуемой в 2011-2012 годах Программой модернизации системы здравоохранения.

Возмещение расходов, понесенных медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную медицинскую помощь, может осуществляться:

- по факту (ретроспективная оплата) - за фактические объемы оказанной медицинской помощи;
- предварительная оплата.

Принцип ретроспективной оплаты предусматривает возмещение страховщиком расходов медицинскому учреждению за фактически оказанные медицинские услуги с учётом согласованных объёмов. К ретроспективным методам оплаты медицинской помощи относятся: оплата за фактическое количество оказанных простых услуг; за фактическое количество оказанных сложных и комплексных услуг; за фактическое количество посещений и за фактическое количество законченных случаев.

При данном механизме обоснованность направлений пациентов на госпитализацию, выбор наиболее оптимальных маршрутов пациентов не являются основополагающими, что ведёт к необоснованным затратам и препятствует развитию ресурсосберегающих технологий (напр., дневной стационар, стационар на дому).

---

<sup>1</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования"

К преимуществам данного метода возмещения расходов можно отнести мотивирование персонала к увеличению объемов оказываемых услуг и оперативное накопление информации о текущей деятельности учреждения.

Недостатки данного механизма:

1. искусственное наращивание объемов медицинских услуг;
2. отсутствие заинтересованности персонала в профилактической работе и ответственности за здоровье обслуживаемого населения;
3. утрата координирующей функции врачами ПМСП.

Принцип предварительной оплаты основан на планировании объёмов амбулаторно-поликлинической помощи, которое осуществляется с учётом анализа потребностей застрахованных и установления наиболее рационального маршрута пациента. Система предварительной оплаты медицинской помощи позволяет активизировать роль страховщиков как покупателей медицинской помощи и использовать планирование как инструмент управления объёмами и структурой медицинской помощи.

К предварительным методам оплаты первичной медико-санитарной помощи относится оплата по подушевому нормативу с частичной или полной аккумуляцией средств на иные виды медицинской помощи (частичное или полное фондодержание).

Данные методы оплаты позволяют сдерживать необоснованные посещения и услуги, в том числе к узким специалистам от участковых врачей и врачей общей практики (семейных врачей), оптимизировать «маршруты» пациентов; повышать заинтересованность врача в укреплении здоровья прикрепленного населения. В итоге создаются предпосылки для взвешенного планирования объёмов первичной и специализированной медицинской помощи на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения.

Необоснованное сдерживание направлений на госпитализацию и на консультацию к «узким» специалистам с целью экономии аккумулированных в первичном звене финансовых средств может привести к снижению доступности медицинских услуг и ухудшению качества медицинской помощи. Для нивелирования риска отказа пациентам в обоснованной госпитализации должна эффективно функционировать система контроля качества медицинской помощи.

Предварительные методы оплаты являются более предпочтительными перед ретроспективными, так как позволяют повысить ответственность первичного звена за состояние здоровья обслуживаемого населения, оптимально перераспределять объёмы медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторно-поликлинический и развивать ресурсосберегающие технологии.

Переход к предварительным методам оплаты медицинской помощи на уровне первичного медико-санитарного звена позволяет перейти к обоснованному планированию объёмов как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи. В этом главная идея внедрения механизма финансирования по подушевому нормативу и частичной аккумуляции

средств на уровне первичного звена и создания системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчётов.

## **II. Основные понятия и термины**

Основные понятия и термины, используемые в Методических рекомендациях:

*Фондодержание* — экономический механизм, при котором субъекту первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) дается право управления средствами оплаты медицинских услуг (фондами), оказанных прикрепленным застрахованным гражданам сторонними медицинскими организациями-исполнителями. Фондодержание основано на подушевом принципе оплаты первичной медико-санитарной помощи.

*Фондодержатель* - субъект первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), работающий в условиях фондодержания. Может быть как юридическим лицом независимо от организационно-правовой формы, формы собственности и ведомственной принадлежности, так и подразделением такого юридического лица.

*Субъект первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)* - амбулаторно-поликлиническая организация (амбулатория, общая врачебная (семейная) практика, групповая общая врачебная (семейная) практика, центр общей врачебной практики, отделения участковых врачей (терапевтов, педиатров) районной, городской поликлиник), оказывающая первичную амбулаторно-поликлиническую медико-санитарную помощь в объеме собственной деятельности, имеющая для ее оказания прикрепленное население.

*Медицинские организации – Исполнители (далее - МО-исполнители)* - медицинские учреждения (организации), стационары, дневные стационары медицинских учреждений (организаций), самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений любой организационно-правовой формы и формы собственности, а также врачи общей (семейной) практики, оказывающие гражданам внешние медицинские услуги (в статусе индивидуальных предпринимателей).

*Подушевой принцип оплаты медицинской помощи* - механизм финансирования ПМСП, при котором объем выделяемых средств рассчитывается исходя из количества обслуживаемого (прикрепленного) застрахованного населения и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования.

*Фонд оплаты медицинских услуг* - сумма дифференцированных подушевых нормативов прикрепленного к фондодержателю населения.

*Дифференцированный подушевой норматив финансирования* - размер выделяемых средств на одного застрахованного прикрепленного к фондодержателю гражданина, рассчитанный с учетом коэффициентов, учитывающих дифференциацию половозрастных показателей прикрепленного застрахованного населения, видов контролируемой медицинской помощи, потребности в медицинской помощи и других, используемых субъектом Российской Федерации для учета особенностей оказания медицинской помощи конкретным фондодержателем.

*Полное фондодержание* – форма фондодержания, при которой в подушевой норматив, помимо оплаты собственной деятельности фондодержателя, включены расходы на все виды медицинской помощи (специализированная, скорая).

*Частичное фондодержание* – форма фондодержания, при которой из управления фондодержателя исключен хотя бы один вид медицинской помощи, кроме собственной деятельности.

*Реальное фондодержание* - фондодержание, при котором фондодержатель формирует свой доход на основе финансового результата.

*Финансовый результат* - остаток средств от оплаты оказанных внешних медицинских услуг прикрепившимся к фондодержателю гражданам. В случае превышения суммы планового объема финансовых средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, над суммой, уплаченной за оказанную медицинскую помощь, величина финансового результата будет положительной. В случае превышения суммы, уплаченной за оказанную медицинскую помощь, над плановым объемом финансовых средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, величина финансового результата будет отрицательной.

*Условное фондодержание* – подушевой способ оплаты первичного звена, при котором оно получает финансирование только на собственную деятельность с обязательством выполнения определенного объема стационарной помощи, за достижение которого поощряется.

### **III. Способы оплаты первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу**

Оплата первичной медико-санитарной помощи по подушевому нормативу может быть организована поэтапно (от менее рискованного к более рискованному) в следующих вариантах:

- 1 подушевой принцип финансирования на одного прикрепившегося с учетом половозрастной структуры и других параметров, влияющих на потребление медицинской помощи (далее – подушевой принцип финансирования);
- 2 подушевой принцип финансирования с учетом выполненных объемов и показателей конечных результатов (далее - условное фондодержание);
- 3 подушевой принцип финансирования с правом управления средствами оплаты медицинских услуг (фондами) сторонних медицинских организаций-исполнителей, оказывающих медицинскую помощь застрахованному прикрепленному населению (далее - реальное фондодержание). Может быть организовано в двух вариантах:
  - частичное фондодержание;
  - полное фондодержание.

Основными достоинствами *подушевого принципа финансирования* являются:

- ✓ заинтересованность первичного звена в сохранении здоровья прикрепленного населения и уменьшении частоты обращения за медицинской помощью. Стимулируется проведение ряда профилактических мероприятий, визиты к пожилым пациентам и др.;
- ✓ сокращение сроков лечения;
- ✓ повышается степень предсказуемости расходов и контроль за общими расходами вне системы ПМСП;
- ✓ сокращение объема обрабатываемой экономической информации, и, как следствие, снижение расходов. В этом его достоинство для страховщиков.
- ✓ косвенное влияние на доход (через организацию оптимальной системы оплаты труда);

При всех положительных моментах, использование подушевого принципа финансирования без фондодержания может привести к ряду негативных последствий. Так, использование подушевого норматива, покрывающего расходы только на собственную деятельность, на первоначальном этапе может привести к тому, что звено ПМСП будет заинтересовано в расширении необоснованных направлений и к узким специалистам, и в стационар, т.е. врачи первичного звена будут ограничивать объем собственной деятельности по лечению пациентов.

Для компенсации данного риска специалистами рекомендуется или ужесточить проведение экспертизы обоснованности направлений на госпитализацию и к узким специалистам или использовать подушевой норматив на собственную деятельность первичного звена, дополненный обязательством по выполнению согласованных объемов соответствующих внешних услуг, за выполнение которых предусматриваются стимулирующие выплаты, т. е. внедрять *условное фондодержание*.

Подушевой принцип финансирования требует наличия инструментов точного расчета подушевых нормативов и достоверной статистической информации, которая отражала бы организационные и финансовые

взаимосвязи между различными видами помощи, а также структурой и наполнением услугами помощи при различных заболеваниях, для различных половозрастных групп и т.д.

*Фондодержание* позволяет обеспечить оказание медицинской помощи на всех уровнях на основе регулярного мониторинга состояния здоровья прикрепленных застрахованных к фондодержателю, и принимать меры по достижению критериев и показателей здоровья населения. Данный механизм представляет собой систему финансового взаимодействия и расчетов между исполнителями медицинских услуг как внутри организаций, на базе которых действует МО-фондодержатель (напр., между участковыми специалистами (входящими в состав фондодержателя) и специалистами поликлиники, дневных стационаров и стационарных подразделений), так и между медицинскими организациями-исполнителями (напр., больницы, центры лабораторных исследований и др. ).

Основные задачи, которые решает система здравоохранения, внедряя фондодержание в первичное звено:

- обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи по тем видам, которые контролируются фондодержателем;
- оптимизация финансовых расходов на оказания медицинской помощи;
- стимулирование координирующей деятельности врачей первичного звена;
- стимулирование профилактической направленности деятельности первичного звена.

Подушевой принцип финансирования имеет намного меньше стимулов для первичного звена в повышении результативности работы, чем фондодержание. Профилактика заболеваний и проведение диспансеризации становятся приоритетными направлениями в работе амбулаторного звена в условиях фондодержания, так как в данном разделе работы содержится потенциал повышения качества медицинской помощи и, соответственно, экономии средств на лечении пациентов в будущих периодах.

Готового решения по выбору варианта фондодержания для всей системы здравоохранения субъекта Российской Федерации не существует. В каждом субъекте существуют свои приоритетные направления развития отрасли, свои проблемные места, своя специфика организации оказания медицинской помощи, состояние здоровья населения и т.д. Основное же преимущество механизма фондодержания, единственного из ныне существующих инструментов достижения оптимального соотношения медицинской помощи между видами и условиям ее предоставления, а также эффективного управления финансовыми ресурсами, - возможность его индивидуальной настройки для решения проблем каждой конкретной административно-территориальной единицы.

#### **IV. Условия для внедрения фондодержания**

К основным условиям, значительно влияющим на успешность внедрения эффективных способов оплаты медицинской помощи, относятся:



- достаточность финансового обеспечения деятельности по оказанию медицинской помощи;
- переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу из средств ОМС;
- поэтапность внедрения эффективных способов оплаты медицинской помощи (от подушевого принципа финансирования до реального фондодержания);
- налаженная система электронного обмена информацией между медицинскими учреждениями, страховыми компаниями и территориальным фондом ОМС, позволяющая вести персонифицированный учет потребления медицинской помощи, в том числе за пределами прикрепления застрахованного населения;
- утвержденная нормативно-правовая база;
- подготовленные специалисты.
- свободный выбор врача пациентом (не чаще чем 1 раз в год);
- территориальное закрепление застрахованных по врачебным участкам;
- экономическое обоснование размера подушевого норматива, обеспечивающего экономические стимулы как для организации в целом, так и для врачей первичного звена;
- наличие отработанной системы расчетов учреждений ПМСП с другими звеньями помощи;
- реально действующая система контроля качества оказываемой помощи и наличие службы, куда могут обратиться пациенты при отказах в медицинской помощи;
- отлаженная система штрафных санкций за отказ или сокращение объемов оказания медицинской и профилактической помощи;
- учет возможных рисков для каждого конкретного МО-фондодержателя.

#### **IV.1. Нормативно-правовая база внедрения фондодержания**

Действующее в сфере здравоохранения федеральное законодательство определяет право субъектов Российской Федерации самостоятельно выбирать способы оплаты медицинской помощи с учетом условий ее оказания в регионе. При этом, большинство действующих законодательных документов нацеливает субъекты на внедрение способов оплаты медицинской помощи, ориентированной на результат деятельности медицинских организаций.

В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 при реализации ТППГ устанавливается применение эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности

медицинских организаций, с учетом рекомендаций Минздравсоцразвития РФ<sup>2</sup>.

Согласно утвержденным Правилам обязательного медицинского страхования<sup>3</sup>, оплата амбулаторной медицинской помощи **по подушевому нормативу** является способом оплаты амбулаторной медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организаций.

Деятельность по внедрению подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи, является одним из мониторируемых направлений реформирования системы здравоохранения. Так, в перечень показателей ежегодной оценки деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляемой согласно Указу N 825 Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г., включен показатель «98. Доля государственных (муниципальных) амбулаторно-поликлинических учреждений, финансирование которых осуществляется по результатам деятельности на **основании подушевого норматива на прикрепленное население**, в общем количестве государственных (муниципальных) амбулаторно-поликлинических учреждений, процентов»<sup>4</sup>. Этот же показатель используется для оценки мероприятий по совершенствованию организации, финансового обеспечения и учета медицинской помощи, реализуемых в рамках Программ модернизации системы здравоохранения субъектов<sup>5</sup>.

Федеральным Законом № 326 «Об обязательном медицинском страховании» определено, что способы оплаты медицинской помощи устанавливаются в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования.

Основными документами, регламентирующими фондодержание, являются «Положение об оплате медицинских услуг (медицинской помощи) в системе ОМС субъекта РФ» и Генеральное тарифное соглашение в системе ОМС.

Нормативно-правовые документы субъекта должны включать регламентацию следующих разделов мероприятий по внедрению фондодержания:

1. план подготовительных мероприятий для внедрения фондодержания, содержащий, в том числе, мероприятия по ликвидации дефицита ТПГГ, по информатизации системы здравоохранения с уровня медицинских

---

<sup>2</sup> Письмо Минздравсоцразвития РФ от 29.06.2009 N 20-0/10/2-5067 «О направлении "Рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи, ориентированным на результаты деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»

<sup>3</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 N 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»

<sup>4</sup> Постановление Правительства РФ от 15.04.2009 N 322 (ред. от 14.06.2011) "О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. N 825 "Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации"

<sup>5</sup> Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2010 N 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь»

- учреждений, особенности финансирования на переходный период, критерии оценки результативности мероприятий и т.д.);
2. нормативное закрепление запуска эксперимента или внедрения самого фондодержания на уровне администрации органов исполнительной власти субъектов;
  3. порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к организации-фондодержателю;
  4. перечень МО, финансируемых по подушевому нормативу на прикрепленных граждан;
  5. порядок оказания медицинской помощи в условиях фондодержания (маршрутизация пациента);
  6. порядок финансирования МО-фондодержателей, оказывающих медицинскую помощь в звене ПМСП, включая методику расчета дифференцированного подушевого норматива (в том числе при включении оплаты разного перечня услуг);
  7. порядок взаиморасчетов между фондодержателем и прочими МО, а также внутри МУ, включая:
    - порядок формирования счетов за оказанную медицинскую помощь (услугу);
    - порядок проведения экспертизы качества оказания медицинской помощи;
    - порядок формирования тарифа для взаиморасчетов.
  8. положение о системе оценки деятельности фондодержателя, включающее:
    - показатели оценки качества работы фондодержателя;
    - методику расчета доплат по подушевому нормативу в зависимости от оценки эффективности деятельности фондодержателя за отчетный период;
  9. положение об оплате труда медицинского персонала фондодержателя, включающее:
    - показатели оценки качества работы специалистов для определения размеров материального поощрения и др.;
    - должностные инструкции для работы в новых условиях.

#### **IV.2. Роль страховых медицинских организаций, работающих на территории субъекта, во внедрении фондодержания**

При подушевом финансировании в условиях фондодержания работа страховых компаний играет особую роль. Оператором всех взаиморасчетов между медицинскими организациями в условиях фондодержания чаще всего выступают страховые медицинские организации. Именно они несут основную ответственность за организацию системы оплаты медицинской помощи, оказанной всеми медицинскими организациями – участниками.

В условиях действующего законодательства, регулирующего обязательное медицинское страхование, страховая медицинская организация

осуществляет контроль объема и качества оказываемых услуг медицинскими организациями на основании заключаемого договора на оказание и оплату медицинской помощи. При этом первостепенным является проведение целевых экспертиз качества (по обращениям граждан или медицинских учреждений).

Одной из задач, решаемых СМО в условиях фондодержания – не допустить задержек направления пациентов в стационар, на дополнительные консультации и исследования.

Страховая медицинская организация призвана помочь фондодержателю контролировать работу медицинского учреждения – исполнителя (которое оказало услугу) в отношении своего прикрепленного населения. Для этого фондодержатель может заказать экспертизу счёта в страховой компании. Например, если главный врач, получив из страховой компании счёт, сомневается, действительно ли жителям, закрепленным за его больницей, в каком-либо другом медицинском учреждении оказывалась медицинская помощь на предъявленную сумму, он может обратиться в страховую компанию, которая проведёт необходимую экспертизу. Таким образом, медицинские учреждения призваны контролировать друг друга, рационально использовать свои средства, что, в конечном итоге, приводит к улучшению качества оказываемой населению медицинской помощи.

В то же время, количество страховых медицинских организаций, с которыми работает фондодержатель, влияет на размер административно-управленческих затрат по обеспечению отчетности по договорам об оказании и финансировании медицинской помощи застрахованному прикрепленному населению, заключенным между фондодержателем и страховыми медицинскими организациями. Данный показатель также влияет на повышение трудозатрат медицинского персонала по осуществлению медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

#### **IV.3. Взаимосвязь способов оплаты медицинской помощи**

Оплата различных этапов оказания медицинской помощи должна сочетаться друг с другом, обеспечивая заинтересованность всех сторон в перераспределении объемов медицинской помощи в сторону наиболее эффективного<sup>6</sup>. В противном случае все положительные эффекты от использования эффективного способа оплаты для одних учреждений будут сведены «на нет» из-за использования другими учреждениями не соответствующего способа оплаты. Особенно это становится актуальным в условиях фондодержания.

Основной целью отношений «фондодержатель-стационар» является оптимизация объемов и сокращение расходов стационарной медицинской помощи, развитие стационарзамещающих технологий. Работа стационарных учреждений в условиях фондодержания предполагает изменение принципа

---

<sup>6</sup> Семенов В.Ю. «Способы оплаты медицинских услуг» // «ГлавВрач», 2007, № 4.

оплаты стационарной помощи путем перехода от возмещения за фактически оказанные объемы к оплате за согласованные объемы. При этом устанавливаются предельно возможные отклонения фактических объемов от согласованных, а также условия оплаты при таких отклонениях. Необходимость такого изменения диктуется тем, что даже при сильных экономических стимулах, возникающих у работников первичного звена, их может быть недостаточно для сокращения объема необоснованных госпитализаций – мотивация работников стационаров и их возможности расширения объемов стационарной помощи могут возобладать, и общие объемы стационарной помощи будут расти.

Большую роль в отношениях «фондодержатель - стационар» играет применяемый способ оплаты стационарной помощи. Наиболее эффективным способом оплаты стационарной помощи является оплата за законченный случай. Данный способ оплаты может быть организован как оплата по средней стоимости лечения одного больного, закончившего лечение в профильном отделении, по клинко-статистической группе заболеваний (или диагностически связанной группе заболеваний), медико-экономическому стандарту. В зависимости от выбранного варианта стоимость лечения будет значительно отличаться. Соответственно, будет отличаться и размер подушевого норматива.

В свете перехода на оплату медицинской помощи по стандартам в рамках Программы модернизации системы здравоохранения, часть стационарной медицинской помощи будет оплачиваться по КСГ. Следует иметь в виду, что это создаст дополнительные трудности в расчетах дифференцированных подушевых нормативов для фондодержателя, контролирующего стационарную помощь.

Целесообразно оплату части стационарной помощи, включенной в подушевой норматив, осуществлять по средней стоимости лечения одного больного, закончившего лечение в профильном отделении. Сочетание фондодержания, включающего стационарную помощь, и оплаты за законченный случай лечения может привести к неоправданному сокращению объемов лечения пациента, так как и тот и другой способ оплаты направлен на минимизацию предоставляемых услуг, что является одним из общих свойств этих способов оплаты медицинской помощи. В таком случае следует применять соответствующие критерии оценки работы специалистов амбулаторного и стационарного звена, выполнение которых позволит минимизировать указанный риск.

Оплату внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторно-поликлинических услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к МО-фондодержателю гражданину, следует производить за фактическое количество оказанных внешних услуг. Закрепленной функцией первичного звена является планирование объемов внешних услуг. Оплата внешних услуг таким способом требует расчета стоимости каждой услуги. В перечень внешних услуг не следует включать профили, наименее

контролируемые первичным звеном и наиболее затратные. Например, услуги врачей-акушеров-гинекологов, стоматологов.

При взаиморасчетах за стационарозамещающую помощь оплату целесообразно производить по законченному случаю лечения.

Выбранный способ оплаты медицинской помощи должен обеспечивать положительные изменения или как минимум стабилизацию ситуации в показателях деятельности учреждений здравоохранения.

#### **IV.4. Выбор организационно-правовой формы для фондодержателя**

Вариантами организационных форм фондодержателя могут быть следующие:

- Самостоятельное государственное (муниципальное), частное или автономное АПУ – юридическое лицо
- Амбулаторно-поликлиническое подразделение в составе больницы (государственной, муниципальной, частной или автономной)
- Индивидуальный предприниматель (врач общей врачебной практики).

Надо отметить, что организационно-правовая форма организации (учреждения), на базе которой осуществляется фондодержание, является немаловажным фактором финансового риска при данной форме оплаты амбулаторной помощи. Так, организация, при которой фондодержатель является самостоятельным амбулаторно-поликлиническим учреждением, имеющим статус юридического лица, представляется более финансово рискованной, нежели фондодержатель, являющийся структурным подразделением на базе объединенной больницы, так как возможности нести финансовые риски очень ограничены. Особенно это актуально в условиях значительного дефицита ТППГ и на первых этапах внедрения данного способа оплаты амбулаторной помощи.

Осуществление деятельности на базе объединенной больницы позволяет фондодержателю не только использовать материально-техническую базу учреждения, в том числе дорогостоящую лабораторную, кадровый состав объединенной больницы, позволяющие сократить расходы, но и дает реальную возможность отработать все механизмы взаиморасчетов как внутри учреждения между подразделениями, участвующими в оказании помощи, так и вне его. Такая форма применима в условиях экспериментального или обучающего фондодержания. При этом могут использоваться различные формы учета объемов помощи и их стоимости между службами, в том числе, система ведения субсчетов внутри учреждения, внутренние тарифы на медицинские услуги и т.д.<sup>7</sup>

При выборе организационно-правовой формы фондодержателя важно учитывать объемы межтерриториальных потоков пациентов каждого конкретного учреждения, на базе которого планируется организовать фондодержание. Целесообразно поликлиники на базе учреждений с высокой

---

<sup>7</sup> Девишев Р.И. «Фондодержание как возможный механизм управления в сфере здравоохранения Российской Федерации.»// «Менеджер здравоохранения», 2007, № 3

долей доходов от оказания медицинской помощи неприкрепленному населению юридически автономизировать.

#### **IV.5. Охват фондодержанием субъектов первичного звена**

Другой вопрос, возникающий при оценке фондодержания, касается уровня охвата данным способом звена ПМСП субъекта. Фондодержание может быть организовано как на уровне отдельного учреждения, так и на уровне отдельного муниципального района или на уровне всего субъекта в медицинских организациях, осуществляющих оказание первичной медико-санитарной помощи независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности.

Следует иметь в виду, что функционирование учреждений на одной территории по разным принципам финансирования может привести к повышенным административным расходам. Но на первоначальном представляется более оправданным постепенное включение амбулаторно-поликлинических учреждений в систему фондодержания, что позволяет провести организационную проработку всех деталей работы фондодержателя в новых условиях. Эта система имеет смысл только при условии точного отражения предстоящих расходов в подушевом нормативе финансирования, которые могут быть различными для отдельных учреждений. Необходимо учитывать состав обслуживаемого населения и дифференцировать размер подушевого норматива для различных учреждений. Для каждого из них необходимо рассчитать бюджет, исходя из подушевого норматива территориальной программы ОМС, численности и структуры обслуживаемого населения. Требуется серьезная сверка учитываемой и фактической численности обслуживаемого населения в разрезе каждого учреждения.

#### **IV.6. Спектр оказываемой помощи**

В подушевой норматив финансирования медицинской организации могут включаться:

- объем амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами);
- объем амбулаторной медицинской помощи, оказанной врачами специалистами;
- объем стационарозамещающей медицинской помощи;
- объем стационарной медицинской помощи;
- объем скорой медицинской помощи

Чем шире спектр услуг учреждения, тем больше средств остается в его распоряжении. В результате повышается заинтересованность:

- в увеличении объема внебольничной помощи,
- снижении числа необоснованных госпитализаций,

- сокращении числа вызовов скорой помощи,
- сохранении здоровья своих пациентов.

В зависимости от видов медицинской помощи, включенных в подушевой норматив, фондодержание имеет характеристику частичного или полного. При частичном фондодержании фондодержатель имеет средства на оплату лишь части помощи (например, только специализированной амбулаторной помощи и стационарной). При полном фондодержании фондодержатель имеет в своем распоряжении средства на оплату всех видов медицинской помощи, оказываемых за пределами учреждения.

Анализируемая характеристика фондодержателя является фактором финансового риска, так как чем больше видов медицинской помощи включено в подушевой норматив, тем больше степень ответственности (как по предоставлению медицинской помощи, так и по ее оплате) перед всеми организациями, вовлеченными в оказание соответствующей медицинской помощи, несет фондодержатель.

Полное фондодержание создает более сильные стимулы для повышения структурной эффективности здравоохранения, особенно в варианте с включением контроля над объемами скорой медицинской помощи. При этом, первичное звено становится заинтересованным в расширении своих функций, чтобы снизить потребность в стационарной и скорой медицинской помощи, развивая стационарзамещающие технологии и неотложную медицинскую помощь. В этих условиях, для минимизации возможных рисков, необходимо разработать и нормативно закрепить порядок получения застрахованным гражданином медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации (маршрутизация пациента).

Следует иметь в виду, что фондодержание имеет смысл только в отношении тех видов помощи, на объемы которой первичное звено может реально влиять.

Установление размера управляемых расходов на стационарную помощь требует оценки реальных возможностей первичного звена влиять на объемы стационарной помощи. Такая оценка должна быть основана на планировании:

- объема профилактической работы, способного снизить потребность в стационарной помощи;
- расширения функций поликлиники, позволяющих переместить часть стационарной помощи на амбулаторный этап. Речь идет о развертывании дневных стационаров, увеличении объема деятельности участковой службы, создании общих врачебных практик, расширении собственной диагностической базы, повышении квалификации узких специалистов и проч.

То же касается и отдельных профилей внутри одного вида медицинской помощи. При планировании объемов стационарной медицинской помощи целесообразно включать в состав подушевого норматива расходы только по тем профилям, которые могут реально контролироваться первичным звеном. Наиболее затратными являются



профили: стоматологический, гинекологический, нефрология (гемодиализ). Данные профили целесообразно не включать в фондодержания.

При включении в фондодержание экстренной стационарной медицинской помощи могут наблюдаться следующие проблемы. Финансовые средства на оплату стационарной помощи распределяются в подушевые нормативы поликлиник-фондодержателей в системе ОМС, каждая из которых имеет договор финансирования со всеми страховыми компаниями. Ежемесячные фактические объемы стационарной помощи (особенно экстренной) по прикрепленным жителям конкретной поликлиники могут значительно отличаться от плановых среднемесячных объемов, включенных в расчет подушевого норматива с фондодержанием. Следовательно, в отдельные расчетные периоды у поликлиник могут возникать значительные финансовые риски при оплате стационарной помощи за счет своего подушевого норматива.

При введении в фондодержание только плановой стационарной помощи имеются следующие плюсы: поликлиника-фондодержатель сама регулирует поток направляемых на госпитализацию, следовательно, финансовые риски (нехватка средств для оплаты стационарной помощи в подушевом нормативе) для нее минимальны и возникают только при отсутствии внутреннего планирования и учета, направляемых в стационар пациентов.

При этом наблюдаются и минусы: как для застрахованных, так и для стационаров:

- У поликлиник (особенно самостоятельных, не входящих в состав медицинского объединения) появляется прямая материальная заинтересованность в сокращении количества направляемых больных на госпитализацию.
- Необоснованное сокращение количества направляемых на стационарное лечение пациентов будет нарушать права застрахованных на качественную и своевременную медицинскую помощь.
- В стационарах могут сокращаться объемы плановой помощи и соответственно возникать финансовый дефицит (особенно в стационарах, работающих только в плановом порядке). Возможно значительное повышение объемов экстренной стационарной помощи.

При введении в фондодержание всей стационарной помощи, включая экстренную, отмечаются следующие минусы:

1. Поликлиника-фондодержатель практически не имеет возможности регулировать объемы экстренной помощи по следующим причинам:
  - сложившийся уровень заболеваемости населения (его снижение требует длительного периода);
  - отсутствие оказания неотложной помощи на базе самой поликлиники (организация такой помощи требует времени, управленческих решений и возможно дополнительных финансовых затрат).

- отказы в оплате экстренной помощи со стороны поликлиники невозможны, доказывать необоснованность госпитализации поликлиника не имеет полномочий.
- 2. У стационаров, работающих в экстренном режиме, возникает заинтересованность в наращивании объемов экстренной помощи, предъявляемой к оплате за счет подушевого норматива поликлиник.
- 3. У поликлиник (особенно самостоятельных, не входящих в состав медицинского объединения) могут возникать значительные финансовые риски при оплате стационарной помощи за счет их подушевого норматива в конкретные расчетные периоды. Последствия - задержки выплаты зарплаты, жалобы от коллектива, снижения качества мед помощи.
- 4. При нехватке средств для оплаты стационарной помощи в подушевом нормативе одной поликлиники-фондодержателя, может существовать экономия этих средств в других поликлиниках, а перераспределить данные сэкономленные поликлиникой средства на оплату стационарной помощи неприкрепленным к ней гражданам невозможно. Таким образом, в системе ОМС может возникать искусственный дефицит средств, связанный со способом оплаты по фондодержанию.

Что же касается расходов на скорую медицинскую помощь, то их включение в состав подушевого норматива представляется оправданным. Это стимулирует развертывание в поликлиниках неотложной медицинской помощи, в результате чего повышается уровень ответственности врачей первичного звена за состояние здоровья постоянно наблюдаемых пациентов (особенно с хроническими заболеваниями). Но реально расширить сферу фондодержания можно будет только после включения СМП в систему ОМС.

## **V. Алгоритм внедрения фондодержания**

Создание системы финансово-экономического сопровождения и обеспечения аккумуляции средств на уровне амбулаторно-поликлинического учреждения должно осуществляться одновременно с организационными и технологическими изменениями в подходах к оказанию медицинской помощи и дальнейшей «маршрутизации» пациента от врача ПМСП.

Внедрение фондодержания предполагает наличие:

- персонифицированного учёта прикреплённого к звену ПМСП населения (базы данных потребителей услуг - пациентов);
- персонифицированного учёта рабочих мест (базы данных производителей медицинских услуг – персонала звена ПМСП);
- персонифицированного учёта услуг/объемов оказанной медицинской помощи в системе ОМС (реестра медицинских услуг с их стоимостью);
- персонифицированного документооборота.

В качестве первичной информации могут выступать списки прикрепившихся (открепившихся) к учреждению лиц на магнитных и бумажных носителях, которые ежемесячно должны предоставляться в страховую медицинскую организацию. Медицинское учреждение формирует базу данных пациентов и ведёт персонифицированный учёт прикрепившихся (открепившихся). СМО в свою очередь ведёт и контролирует базу застрахованного населения, ежемесячно проводя коррекцию списков прикрепившихся к звену ПМСП, и информирует звено ПМСП о численности прикрепленного населения.

Помимо медицинской помощи прикрепленному контингенту, фондодержатель может оказывать услуги и неприкрепленному населению. В данном случае амбулаторно-поликлиническая помощь оплачивается на основании представленных реестров по факту оказания услуг (ретроспективная оплата медицинской помощи – за посещение или законченный случай).

СМО производит финансирование учреждения согласно информации о прикреплении в базе данных застрахованных СМО в соответствии с Положением об оплате. Сверки по прикрепленному населению целесообразно проводить раз в квартал. Предварительное финансирование звена ПМСП производится только на сверенную численность населения с периодичностью, указанной в договоре на предоставление амбулаторно-поликлинической помощи.

Для частичного аккумулирования финансовых ресурсов в СМО создаётся специальный Фонд (Фонд аккумулированных средств). Средства Фонда используются для оплаты медицинской помощи в режиме «аванс-расчёт».

В основе взаиморасчётов с другими медицинскими учреждениями лежит персонифицированный учёт услуг / объёмов оказанной медицинской помощи прикрепленному к фондодержателю населению.

Для создания системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчётов должен быть осуществлён персонифицированный учёт рабочих мест (базы данных производителей медицинских услуг – персонала фондодержателя).

Эти организационно-технологические условия для внедрения аккумуляции средств на уровне звена ПМСП целесообразно объединить в интегрированную информационно-коммуникационную систему амбулаторно-поликлинического учреждения на основе персонифицированного документооборота.

### ***1 этап: Подготовительный***

- Обосновать модель фондодержания, исходя из видов медицинской помощи, расходы по которым целесообразно включать в расчет подушевого норматива фондодержателя и формы фондодержания (условное, реальное).
- Сформировать реестр прикрепленного застрахованного населения.

- Произвести расчёт финансовых ресурсов фондодержателя на основе дифференцированного подушевого норматива, для чего необходимо руководствоваться:
  - численностью прикрепленного населения (списочным составом) с учётом его поло-возрастных особенностей для применения соответствующих коэффициентов (*дифференцированный подушевой норматив*);
  - применяемыми районными коэффициентами;
  - выбранной моделью фондодержания на основе структурированного подушевого норматива.
- Провести обучение персонала первичной медико-санитарной помощи, руководителей учреждений, внешних соисполнителей технологии внедрения фондодержания на основе подушевого финансирования.
- Подготовка пакета документов, регламентирующих порядок оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу и аккумуляции средств на уровне звена первичной медико-санитарной медицинской помощи с формированием фонда финансовых ресурсов фондодержателя в уполномоченной страховой медицинской организации (ТФОМС).

### ***2 этап: Начальное внедрение***

- Принятие пакета документов, регламентирующих порядок оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу и аккумуляции средств на уровне звена первичной медико-санитарной медицинской помощи с формированием фонда финансовых ресурсов фондодержателя в уполномоченной страховой медицинской организации (ТФОМС).
- Разработка «виртуальных» схем внутри- и межучрежденческих взаиморасчётов. Сбор, обработка и анализ информации по «виртуальным» финансовым потокам на основе персонифицированных реестров оказанных услуг в соответствии с маршрутами пациентов от врача ПМСП.

### ***3 этап: Практическое внедрение***

- Переход от «виртуальных» финансовых взаиморасчётов к реальным внутри- и межучрежденческим взаиморасчётам.
- Осуществление текущего анализа деятельности фондодержателя.
- При финансовой устойчивости работы фондодержателя в условиях подушевого финансирования и аккумуляции средств переход на планирование объёмов медицинской помощи и формирование заказа на услуги специализированной помощи с уровня первичного звена, т.е. «снизу-вверх».

## **VI. Методика расчета дифференцированного подушевого норматива**

Согласно статье 39 Федерального Закона № 326 «Об обязательном медицинском страховании», оплата медицинской помощи осуществляется **по**

**тарифам на оплату медицинской помощи** и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами ОМС.

Единицей оплаты медицинской помощи при фондодержании является подушевой норматив финансирования на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц. Правилами обязательного медицинского страхования (п.195) установлено, что подушевой норматив является тарифом на медицинскую помощь. Данным документом установлены принципы расчета тарифа на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации (п.167, 168.).

Бюджет фондодержателя рассчитывается по формуле:

$$\mathbf{БФ = ДПН_i \times Ч_{от}},$$

где:

БФ – бюджет фондодержателя;

ДПН<sub>i</sub> - рассчитанный территориальным фондом ОМС дифференцированный подушевой норматив финансирования на одного прикрепленного к МО застрахованного по ОМС гражданина;

Ч<sub>от</sub> - численность прикрепленных граждан к МО, застрахованных по ОМС соответствующей СМО в отчетном месяце.

Расчет финансового результата фондодержателя осуществляется по формуле:

$$\mathbf{Фрез = БФ - S_{кду}},$$

где:

Фрез - сумма счета на оплату медицинской помощи за отчетный месяц, предъявляемого фондодержателем в СМО;

S<sub>кду</sub> - сумма, принятая СМО к оплате за услуги сторонних учреждений (межучрежденческие расчеты).

Положительный финансовый результат образует остаточный доход фондодержателя. Остаточный доход рекомендуется распределить между фондодержателем и СМО. При этом объем средств, причитающихся фондодержателю, рассчитывается с учетом модели оценки результатов деятельности фондодержателя, и является чистым доходом фондодержателя. Сумма, оставшаяся после расчета с фондодержателем, должна быть направлена на формирование СМО страхового запаса при фондодержании.

В случае возникновения дополнительных расходов на оказание медицинской помощи (отрицательный финансовый результат), превышающих утвержденных бюджет фондодержателя, финансирование осуществляется в первую очередь за счет страхового запаса СМО при фондодержании.

Расчет дифференцированных подушевых нормативов производится на основании корректировки среднедушевого норматива финансирования звена ПМСП с учетом территориальной дифференциации j-го муниципального района (городского округа) (**Кjt**) .

Дифференцированный подушевой норматив финансирования первичного звена на объем собственной деятельности (ДПН) рассчитывается по формуле:

$$\text{ДПН}_i = \text{ПН}_{\text{ср}} \times \text{К}_{jt}$$

где

$\text{ПН}_{\text{ср}}$  – среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации, рассчитывается согласно Правилам ОМС (п.154).

$\text{К}_{jt}$  - коэффициент территориальной дифференциации

Коэффициенты территориальной дифференциации муниципальных районов (городских округов) обеспечивают дифференциацию среднедушевого норматива финансирования в зависимости от месторасположения МО на территории субъекта Российской Федерации и связанной с этим территориальной дифференциацией расходов на оказание медицинской помощи.

Расчет коэффициентов территориальной дифференциации муниципальных районов (городских округов) ( $\text{К}_{jt}$ ) производится по формуле:

$$K_{jt} = \frac{K_{j\partial\partial}}{K_{\partial p}}$$

где:

$\text{К}_{j\partial\partial}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов j-го муниципального района (городского округа);

$\text{К}_{\partial p}$  - единый коэффициент дифференциации расходов, определяемый как средневзвешенное значение коэффициентов территориальной дифференциации расходов по муниципальным районам (городским округам) с учетом численности застрахованного прикрепленного населения.

Размер коэффициента территориальной дифференциации расходов ( $\text{К}_{j\partial p}$ ) определяется для каждого муниципального района (городского округа) области в виде суммы коэффициентов территориальной дифференциации по видам расходов, входящих в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС, по формуле:

$$\text{К}_{j\partial p} = \text{К}_{j\text{зп}} + \text{К}_{j\text{мпи}} + \text{К}_{j\text{ком}} + \text{К}_{j\text{хоз}}$$

где:

$\text{К}_{j\text{зп}}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на оплату труда МУ j-го муниципального района (городского округа) субъекта Российской Федерации;

$\text{К}_{j\text{мпи}}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь МО j-го муниципального района (городского округа);

$\text{К}_{j\text{ком}}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на коммунальные услуги МО j-го муниципального района (городского округа);

$K_{j\text{хоз}}$  - коэффициент территориальной дифференциации расходов на прочие расходы, на текущее содержание МО  $j$ -го муниципального района (городского округа).

Коэффициенты территориальной дифференциации по видам расходов определяются по следующим формулам:

$$K_{j\text{зп}} = D_{\text{зп}} \times K_{j\text{дрзп}}$$

где:

$D_{\text{зп}}$  - расчетная доля расходов на оплату труда в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП в расчете стоимости медицинских услуг по территориальной программе ОМС на очередной финансовый год (далее - базовая стоимость единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП);

$K_{j\text{дрзп}}$  - коэффициент дифференциации заработной платы в  $j$ -м муниципальном районе (городском округе) области, учитывающий районные коэффициенты к заработной плате, установленные решениями федеральных органов государственной власти за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, территориальные надбавки к заработной плате, установленные федеральными и территориальными нормативными правовыми актами, и иные доплаты. Размеры коэффициентов дифференциации заработной платы по соответствующим муниципальным районам (городским округам) субъекта Российской Федерации определяются ТФОМС на очередной финансовый год по данным финансового органа исполнительно власти субъекта Российской Федерации.

$$K_{j\text{мпи}} = D_{\text{мпи}} \times K_{j\text{дрмпи}}$$

где:

$D_{\text{мпи}}$  - расчетная доля расходов на медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП;

$K_{j\text{дрмпи}}$  - коэффициент дифференциации расходов на медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь звена ПМСП  $j$ -го муниципального района (городского округа) субъекта Российской Федерации, учитывающий удорожание расходов на медикаменты и перевязочные средства в северных (иных) районах, в размере, устанавливаемом решением территориальной комиссии по согласованию тарифов в системе ОМС.

$$K_{j\text{ком}} = D_{\text{ком}} \times K_{j\text{дрком}}$$

где:

$D_{\text{ком}}$  - расчетная доля расходов на коммунальные услуги в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП;

$K_{j\text{дрком}}$  - коэффициент удорожания стоимости коммунальных услуг  $j$ -го муниципального района (городского округа) субъекта Российской Федерации.

Федерации. Размеры коэффициентов удорожания стоимости коммунальных услуг по соответствующим муниципальным районам (городским округам) определяются ТФОМС на очередной финансовый год по данным территориального органа Министерства финансов Российской Федерации.

$$K_{j\text{хоз}} = D_{\text{хоз}} \times K_{\text{дрхоз}}$$

где:

$D_{\text{хоз}}$  - расчетная доля расходов на прочие расходы на текущее содержание в базовой стоимости единицы объема медицинской помощи в звене ПМСП;

$K_{\text{дрхоз}}$  - коэффициент дифференциации прочих расходов на текущее содержание звена ПМСП  $j$ -го муниципального района (городского округа) в размере, устанавливаемом решением территориальной комиссии по согласованию тарифов в системе ОМС.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования МО с частичным фондодержанием ( $ДПН_{i\text{чф}}$ ) рассчитывается по следующей формуле:

$$ДПН_{i\text{ч+}} = ДПН_i + ПН_{i\text{yc}} + ПН_{i\text{пс}}, \text{ где}$$

$ДПН_i$  - дифференцированный подушевой норматив финансирования  $i$ -го МО на объем собственной деятельности;

$ПН_{i\text{yc}}$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го МУ на объем деятельности звена узких специалистов;

$ПН_{i\text{пс}}$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го МУ на объем деятельности звена параклинической службы.

Дополнительный подушевой норматив звена узких специалистов рассчитывается следующим образом:

$$ПН_{i\text{yc}} = \text{SUM } R_{sj} \times N_{\text{сп}} + \text{SUM } R_{sj} \times N_{\text{св}},$$

где:

$s_{1\text{п}}... s_{\text{пп}}$  - специальности узких врачей-специалистов внутри поликлиники, оказывающих лечебно-консультативные услуги гражданам, прикрепленным к  $i$ -му звену ПМСП;

$s_{1\text{в}}... s_{\text{св}}$  - специальности узких врачей-специалистов, оказывающих внешние лечебно-консультативные услуги гражданам, прикрепленным к  $i$ -му звену ПМСП;

$R_{sj}$  - стоимость (тариф) лечебно-консультативной услуги (посещения) узкого врача-специалиста  $s$ -й специальности в  $j$ -м муниципальном районе (городском округе);

$N_{\text{сп}}$  - норматив объема лечебно-консультативных услуг (внутренних) на одного прикрепленного к  $i$ -му звену ПМСП, установленный решением Согласительной комиссии по тарифам в системе ОМС;

$N_{\text{св}}$  - норматив объема лечебно-консультативных услуг (внешних) на одного прикрепленного к  $i$ -му звену ПМСП, установленный решением



Согласительной комиссии по тарифам в системе ОМС.

Дополнительный подушевой норматив звена параклинической службы рассчитывается следующим образом:

$$\mathbf{ПНіпс = \sum R_{pj} \times N_p + \sum R_{dj} \times N_d,}$$

где:

$p1... p_n$  - виды лабораторных параклинических исследований, которые будут оказываться гражданам, прикрепленным к  $i$ -му звену ПМСП;

$d1... d_m$  - виды инструментальных параклинических исследований, которые будут оказываться гражданам, прикрепленным к  $i$ -му звену ПМСП;

$R_{pj}$  - стоимость (тариф) лабораторного исследования  $p$ -го вида в  $j$ -м муниципальном районе (городском округе);

$R_{dj}$  - стоимость (тариф) инструментального исследования  $d$ -го вида в  $j$ -м муниципальном районе (городском округе);

$N_p$  - норматив объема лабораторных исследований на одного прикрепленного к  $i$ -му звену ПМСП, установленный решением Согласительной комиссии по тарифам в системе ОМС;

$N_d$  - норматив объема инструментальных исследований на одного прикрепленного к  $i$ -му звену ПМСП, установленный решением Согласительной комиссии по тарифам в системе ОМС.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования  $i$ -го звена ПМСП с полным фондодержанием (ДПНіпф) рассчитывается по следующей формуле:

$$\mathbf{ДПНіпф = ДПНі + ПНіус + ПНіпс + ПНіст + ПНідс,}$$

где:

$ДПНі$  - дифференцированный подушевой норматив финансирования  $i$ -го звена ПМСП на объем собственной деятельности;

$ПНіус$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го звена ПМСП на объем деятельности звена узких специалистов;

$ПНіпс$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го звена ПМСП на объем деятельности звена ПС;

$ПНіст$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го звена ПМСП на оплату расходов за стационарную помощь, оказанную гражданам, прикрепленным к  $i$ -му звену ПМСП;

$ПНідс$  - дополнительный подушевой норматив финансирования  $i$ -го звена ПМСП на оплату расходов за стационарозамещающую помощь, оказанную гражданам, прикрепленным к  $i$ -му звену ПМСП.

Подушевой норматив финансирования  $i$ -го звена ПМСП на оплату расходов за стационарную помощь рассчитывается по формуле:

$$\mathbf{ПНіст = W_{ст} / Ч_{пр} / 12 \text{ месяцев} \times K_{jt} \times K_{обі},}$$

где:

Wст - стоимость стационарной помощи по профилям стационара, включенным в фондодержание, в общем размере стоимости стационарной помощи, предусмотренной ТПОМС на очередной финансовый год;

Чпр - общая численность застрахованного населения субъекта, прикрепленного ко всем звеньям ПМСП;

Кjt - коэффициент территориальной дифференциации j-го муниципального района (городского округа);

Кобі - коэффициент половозрастной дифференциации объемов стационарной помощи на одного прикрепленного к i-му звену ПМСП.

## **VII. Риски при внедрении фондодержания**

Введение системы финансирования отрасли на основе фондодержания первичного звена сопряжено с возможными рисками, как для застрахованных граждан, так и для фондодержателей (поликлиник), а также других субъектов системы ОМС.

Возможные риски при внедрении фондодержания могут быть сгруппированы по следующим направлениям:

1. Для застрахованных граждан (пациентов)
2. Для фондодержателей (поликлиник)
3. Для стационаров медицинских учреждений (стационарных медицинских учреждений)
4. Для страховых медицинских организаций
5. Для системы ОМС и системы здравоохранения субъекта РФ

**Для застрахованных граждан** основными рисками являются: необоснованная задержка направления в стационар, необоснованный отказ стационара в госпитализации, снижение объемов первичной помощи, снижение доступности специализированной АПП, некачественная медицинская помощь.

**Для фондодержателей(поликлиник)** основными рисками являются: снижение уровня финансирования по сравнению с предшествующим периодом, увеличение объема документооборота и информационного обмена, искусственное наращивание количества посещений и сдерживание направления в стационар, рост госпитализаций по экстренным показаниям, рост числа запущенных случаев, возможность сокращения мощностей учреждения, увольнение медицинских работников.

**Для стационарных медицинских учреждений** - снижение уровня финансирования по сравнению с предшествующим периодом, отсутствие экономических стимулов к оптимизации объемов стационарной помощи.

**Для страховых медицинских организаций** - отсутствие у страховой организации необходимых средств для покрытия расходов фондодержателей, дополнительные финансовые, материальные затраты в связи с увеличением объема документооборота и информационного обмена (актуализация баз данных застрахованных, усиление вневедомственного контроля качества).

Для системы ОМС и системы здравоохранения субъекта РФ - низкий уровень информирования населения и медицинских работников о внедрении фондодержания, оплаты по подушевым нормативам амбулаторно-поликлинической помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории субъекта. Возможны дополнительные финансовые затраты средств ОМС, усложнение порядка и сроков обработки документов в условиях реализации направления. Снижение показателей здоровья населения, увеличение числа обоснованных жалоб.

Для минимизации возможных финансовых рисков в результате отсутствия средств на оплату оказанной внешними организациями медицинской помощи, специалистами рекомендуется разделить финансовую ответственность по ее оплате между фондодержателями и страховыми медицинскими организациями. В ряде субъектов для этого страховые медицинские организации утверждают фиксированные объемы внешней помощи, подлежащей оплате фондодержателем, и устанавливают размер отчислений в страховой резерв из объема подушевого финансирования фондодержателя.

В таблице приведены возможные риски и возможные компенсаторные механизмы по их нивелированию по данным анкетизируемых субъектов (таб. 1).

Таблица 1.

### Перечень рисков и возможные механизмы их компенсации

Риск	Компенсационный механизм
<b>Для застрахованных граждан</b>	
Задержка направления в стационар или отказ стационара в госпитализации. Снижение объемов первичной помощи, снижение доступности специализированной АПП. Некачественная медицинская помощь.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Информирование населения о действующем Порядке оказания медицинской помощи на территории субъекта</li> <li>- Штрафные санкции к фондодержателю в случае необоснованной задержки направления пациента в стационар</li> <li>- Введение индикативного показателя оценки деятельности фондодержателя, учитываемого при расчете его финансирования</li> <li>- Оценка качества медицинской помощи фондодержателя на основе стандартов медицинской помощи</li> <li>- Создание возможности реализации застрахованными права выбора медицинского учреждения для получения первичной медико-санитарной помощи</li> </ul>
<b>Для страховых медицинских организаций</b>	
Отсутствие у страховой организации необходимых средств для покрытия расходов фондодержателей	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Формирование страховой медицинской организацией страхового резерва из средств финансового результата фондодержателя</li> </ul>

<b>Риск</b>	<b>Компенсационный механизм</b>
Увеличение объема документооборота и информационного обмена (ведение регистра прикрепленного населения, отчетность, формирование счетов и реестров, объема трафика и пр.)	- Использование средств, полученных в качестве финансового результата для развития ИТ
Необоснованный отказ стационара в госпитализации	- Ужесточение СМО мер к медицинским учреждениям по жалобам, обращениям граждан - Ужесточение штрафных санкций к стационару медицинского учреждения (стационарному медицинскому учреждению) в случае необоснованного отказа госпитализации пациента в стационар
Необоснованная госпитализация в стационар прикрепленного населения	- Законодательно регламентированная маршрутизация пациента - Ужесточение штрафных санкций к стационару медицинского учреждения (стационарному медицинскому учреждению) в случае необоснованной госпитализации пациента в стационар
<b>Для фондодержателей</b>	
Недостаточность финансовых средств для расчета за оказанные внешние услуги	- Разделение финансовых рисков в системе фондодержания между фондодержателями и СМО - Сохранение прямое финансирование страховщиками части внешних потоков услуг
Сдерживание фондодержателем направления пациентов на стационарное лечение	- Нормирование для медицинских учреждений - фондодержателей минимально допустимых объемов направлений прикрепившегося населения на плановую госпитализацию и их поощрение за их выполнение - Штрафные санкции в случае направления больного в стационар в запущенном состоянии при сокращении объема необходимых исследований и т.п.; - Использование для оценки конечного результата деятельности фондодержателя системы показателей конечных результатов - Повышение качества системы медицинской экспертизы случаев лечения - Оценка качества лечения на основе медико-экономических стандартов и финансовые санкции за их нарушение; - Свободный выбор пациентами врачей первичного звена
Оказание собственными силами помощи, которая в соответствии с современными лечебно-диагностическими технологиями должна оказываться только в стационаре	- Контроль работы фондодержателя согласно действующим стандартам оказания медицинской помощи - Регламентация видов и объемов медицинской помощи, оказываемой фондодержателем собственными силами

<b>Риск</b>	<b>Компенсационный механизм</b>
Увеличение объема документооборота и информационного обмена (ведение регистра прикрепленного населения, отчетность, формирование счетов и реестров, объема трафика и пр.)	- Использование средств, полученных в качестве финансового результата
<b>Для стационарных учреждений</b>	
Снижение уровня финансирования по сравнению с предшествующим периодом	- Увеличение тарифов по обоснованной плановой госпитализации - Разделение финансовой ответственности за оплату стационарной помощи между фондодержателями и СМО. Может быть реализована посредством резервирования части подушевого норматива СМО для прямого покрытия расходов по лечению прикрепившихся пациентов сверх установленного объема стационарной помощи

Чтобы обеспечить реальный контроль поликлиники за внешними потоками пациентов следует предусмотреть:

- обязательные направления по уровням оказания медицинской помощи, например, от участкового врача к узкому специалисту, на исследования и плановую госпитализацию. Исключения из этого общего правила должны быть четко регламентированы.
- внедрение модели общей практики для расширения возможностей поликлиники-фондодержателя оказывать услуги своими силами, особенно в условиях небольших медицинских учреждений, недостаточно укомплектованных врачами-специалистами. Создание более гибкой системы аттестации деятельности врачей общей практики.
- участие поликлиники-фондодержателя в планировании объемов медицинской помощи, оказываемых его населению в других ЛПУ, а по мере накопления опыта такого планирования – участие в контроле за обоснованностью и качеством оказанных услуг (в пределах своей компетенции).

Комплекс перечисленных мер позволит трансформировать экономическую заинтересованность в реальные действия учреждений-фондодержателей по расширению объема собственной деятельности и организации оказания медицинской помощи на других этапах.

## **VII. Мониторинг и оценка результативности внедрения фондодержания**

Выбор критериев оценки качества работы учреждений-фондодержателей продиктован главной целью введения фондодержания - расширение объема профилактических мероприятий. Система фондодержания призвана обеспечить зависимость размера вознаграждения от результатов профилактической деятельности врача – снижения уровня заболеваемости

прикрепившегося населения и потребности в стационарной и скорой помощи. Оплата фактических объемов амбулаторных услуг (чем больше больных, тем лучше для врача) уступает место поощрению деятельности, снижающей потребность в медицинской помощи (чем больше здоровых, тем лучше для врача).

Объем деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений расширяется, врачи первичного звена осваивают часть функций узких специалистов.

Стимулируется деятельность, направленная на сокращение числа хронически больных и снижение частоты обострений соответствующих заболеваний, связанных с необходимостью вызовов скорой помощи и госпитализацией.

Стимулируется координирующая деятельность врачей первичного звена, призванных организовывать оказание медицинской помощи прикрепившемуся населению на других этапах. Они определяют наиболее эффективные (в клиническом и экономическом смысле) «маршруты» движения своих пациентов.

Перечень критериев результативности варьируется в зависимости от тех видов и объемов медицинской помощи, которые контролируются фондодержателем.

Для оценки эффективности и доступности медицинской помощи, оказываемой фондодержателем, могут быть использованы следующие показатели:

- Повышение сбалансированности объемов медицинской помощи, подразумевающей увеличение объема амбулаторной и стационарозамещающей помощи населению на фоне снижения стационарной с приближением к федеральным нормативам)
- Увеличение объемов стационарозамещающей помощи
- Увеличение размера заработной платы
- Увеличение объема амбулаторной помощи населению
- Снижение числа обоснованных жалоб застрахованных граждан в страховые медицинские организации, ТФОМС
- Снижение числа вызовов скорой медицинской помощи (на 1 тыс.)
- Снижение уровня госпитализации на 1 тыс.
- Снижение показателей первичной заболеваемости и первичной инвалидности
- Снижение показателя запущенности онкологических заболеваний (%)
- Снижение показателя смертности населения общая, в т.ч. по основным причинам

Мониторинг должен проводиться не реже одного раза в месяц по утвержденной ТФОМС форме