

## ПОДУШЕВОЙ СПОСОБ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА <\*>

<\*> Анонс к монографии, которая выйдет в приложении к журналу "ГлавВрач". 2012. N 7.

В России уже третий десяток лет идет реформа здравоохранения, получившая наименование "страховая медицина" и начало своего развития в далеком 1991 г. с принятием Федерального закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Данный термин сложно назвать удачным для характеристики той организационно-экономической модели государственных гарантий, которая создана в нашей стране за минувшие 20 лет и которая сегодня вновь испытывает сложные структурные изменения.

Выбор страхового способа финансирования российского здравоохранения, нормативно оформленного в 1991 г. с принятием Федерального закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", в условиях сложившейся системы государственной организации и финансирования отрасли привел к возникновению бюджетно-страховой финансовой модели, не позволившей реализовать экономические преимущества страховой модели и организационно-управленческие преимущества государственного финансирования.

Принятие в 2010 г. Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации" подтвердило выбранный курс на создание страховой модели финансирования здравоохранения, в которой не менее 75-80% финансовых средств здравоохранения должно проходить через страховые медицинские организации для оказания застрахованным лицам медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Изучение мировой практики финансирования гарантируемых гражданам медицинских услуг указывает на разнообразие используемых финансово-организационных схем, тем не менее имеющих ряд общих принципов построения, зависящих в первую очередь от выбранного способа консолидации общественных финансовых средств.

При всем многообразии подходов к финансированию национальных систем здравоохранения в настоящее время используются две модели консолидации общественных средств: страховая и государственная (см. рисунок).

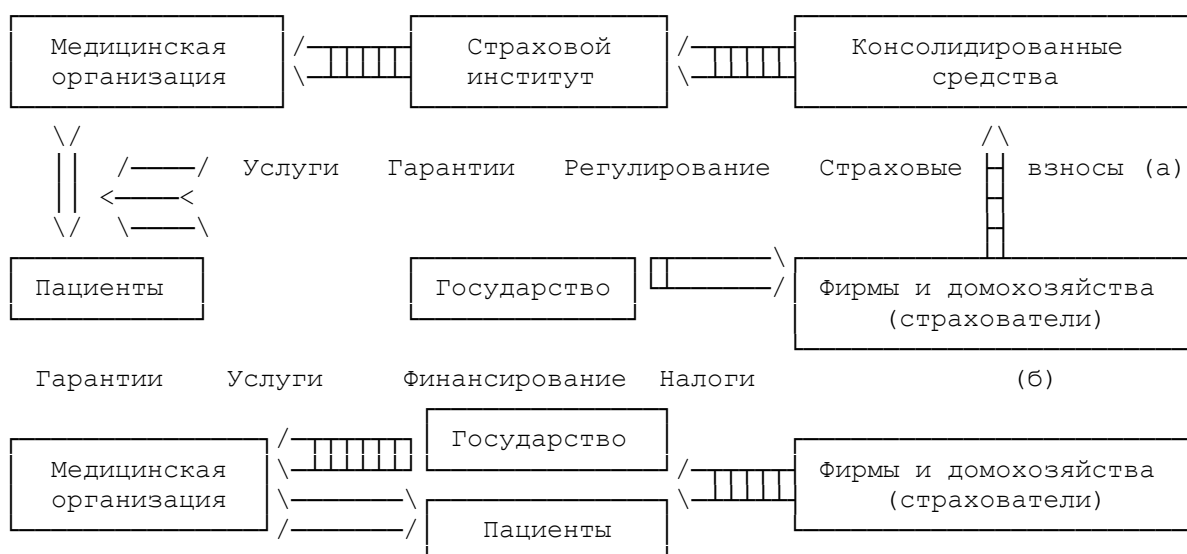


Рис. Схема сравнения страховой (а) и государственной (б) моделей финансирования здравоохранения

При этом обязательным субъектом страховой модели является страховой институт, оформленный в виде страховых фондов, компаний или больничных касс (государственных, общественных и частных). Данные субъекты выполняют роль независимого "покупателя" медицинских услуг для своих застрахованных и поэтому принимают участие в организации и оплате медицинской помощи. При этом медицинские организации могут быть государственными, частными или общественными. И государство не несет полной финансовой ответственности за предоставляемый пакет медицинских услуг, а занимается нормативным регулированием, контролем и организацией медицинской помощи в целом по стране и в государственных медицинских организациях. Медицинские организации независимо от формы собственности достаточно автономны в своих действиях и получают финансовые средства на свое содержание от страхового института по "гонорарному" способу оплаты - реализуется принцип "деньги идут за пациентом".

При таком способе оплаты в большой степени проявляются "изъяны" рынка медицинских услуг, связанные с информационной диспропорцией между пациентом и врачом, низкой конкуренцией между медицинскими организациями и спецификой самих медицинских услуг, отказаться получать которые пациент зачастую не в состоянии. Все это приводит к постоянному росту затрат на медицинскую помощь и дефициту финансирования общественного сектора потребления медицинских услуг, без особого повышения качества медицинской помощи и качества жизни. Компенсатором данной тенденции в страховой модели выступает страховой институт, экономически мотивированный на объективизацию и минимизацию негативного воздействия перечисленных "изъянов". Постоянное взаимодействие медицинских и страховых организаций приводит к повышению технологической эффективности медицинских организаций (минимизация затрат на производство услуг без потери качества) и структурной эффективности системы здравоохранения в целом ("болезнь легче предупредить, чем ее лечить").

В государственной модели финансирования здравоохранения отсутствует "независимый" покупатель медицинских услуг. Финансовые средства на здравоохранение формируются в виде части общих налоговых поступлений и являются элементом государственной бюджетной системы. Медицинские организации имеют государственный или некоммерческий статус, но часто привлекаются представители частного здравоохранения для реализации государственного пакета медицинских услуг населению.

В государственной модели финансирования здравоохранения медицинская помощь выступает в виде "общественного" блага, доступного и бесплатного для всех граждан данного государства. "Изъяны" рынка медицинских услуг скомпенсированы отсутствием "продажи" данных услуг и системой нормирования всех ресурсов здравоохранения (число медицинских организаций, число коек, численность врачей, нормативы расходов медикаментов и т.п.). Большинство нормативов имеют "подушевое" выражение и являются функцией от обслуживаемого или проживающего населения. В условиях такого нормирования удобной формой финансирования становится "сметное" финансирование, при котором каждый вид расходов медицинских организаций регламентирован и расходуется по целевому назначению, или "глобальный" бюджет, определяющий стоимость государственного заказа на финансовый год, но жестко не структурирующий расходы медицинских организаций.

Естественно, в государственной модели предсказуемость расходов значительно выше, чем в страховой, но контроль за расходами имеет оборотную сторону в виде отсутствия мотивации для медицинских организаций (и врачей) и системы здравоохранения в целом в повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения, которые всегда ограничены. Государственная модель финансирования, особенно в ее "сметном" исполнении, тяготеет к экстенсивному типу развития, что приводит к увеличению числа медицинских организаций и числа специалистов, занятых в этой отрасли, без существенного повышения отдачи. Снижение финансирования для уменьшения дефицита бюджета приводит к снижению качества медицинской помощи и, как следствие, к повышению "платности" бесплатного здравоохранения.

Необходимо отметить отсутствие каких-либо "абсолютных" преимуществ той или иной

модели финансирования, так как высокий уровень медицинской помощи, личного и общественного здоровья достигнут в экономически развитых странах, использующих различные модели. Более того, система здравоохранения и модель ее финансирования - это достаточно гибкая и постоянно изменяемая конструкция, организационно-экономический механизм которой направлен на обеспечение высокого уровня здоровья и эффективного использования ограниченных ресурсов здравоохранения.

Рассматривая различные способы оплаты медицинских услуг и финансирования медицинских организаций, необходимо отметить два полярных способа - гонорарная оплата за каждую оказанную медицинскую услугу и финансирование по смете расходов независимо от объема и качества оказанных населению услуг. Если первый способ наиболее интересен медицинской организации, потому что полностью компенсирует ее издержки, то второй интересен финансирующей стороне, потому что полностью предсказуем по расходам. С другой стороны, медицинская организация не заинтересована в повышении собственной экономической эффективности и при первом, и при втором способах финансирования, а финансирующая сторона не заинтересована в повышении структурной эффективности всей системы, так как ориентирована на финансирование ее текущего, зачастую неудовлетворяющего состояния.

В этой связи достаточно интересным выглядит подушевой способ финансирования, решающий проблему предсказуемости затрат, повышения технологической эффективности медицинских организаций и позволяющий определять и стимулировать развитие стратегических приоритетов здравоохранения, направленных на сокращение лечебных расходов за счет развития профилактического направления медицины. При этом известное высказывание "болезнь легче предупредить, чем ее лечить" приобретает не только клиническое и социальное значение, но вполне прагматичное, экономическое содержание.

Подушевой способ финансирования здравоохранения возник в Великобритании как альтернатива сметному "содержанию" государственной лечебной сети в условиях развитой рыночной экономики.

С 1911 г. в Англии существовала система страхования здоровья рабочих, охватывавшая около 1/3 населения. Эта система, введенная премьер-министром Великобритании Дэвидом Ллойд-Джорджем, имела важную отличительную особенность, которая сохранилась по настоящее время. Оплата врачей общей практики осуществляется подушевым методом (капитация, *per capita payment*) - это метод оплаты, при котором бюджет, получаемый одной частной практикой, зависит в первую очередь от количества зарегистрированных на постоянной основе пациентов. Таким образом, основной принцип капитации - "деньги следуют за пациентом", пациенты в этом случае имеют возможность отчасти регулировать спрос по законам свободного рынка, так как обладают правом свободного выбора врача. Сегодня сумма, получаемая ежегодно врачом общей практики в Великобритании, зависит от количества пациентов, которые зарегистрировались как его пациенты, от их пола, возраста и социального статуса. На престарелых, детей до четырех лет и на женщин фертильного возраста, на жителей более бедных районов подушевые выплаты выше. Подушевая оплата включает в себя средства, предназначенные для лечения в стационарах по ряду нозологий. Таким образом, врач общей практики способен предотвратить госпитализацию в случае, когда это эффективней и дешевле. Также бюджет такой практики включает в себя средства на так называемую домашнюю реабилитацию, что делает возможной более раннюю выписку госпитализированных больных. Такой метод оплаты врача первичного звена имеет значительные достоинства, так как стимулирует врача общей практики использовать ресурсы наиболее эффективным образом, вести профилактическую деятельность в случаях, когда это дешевле, чем лечить впоследствии, бороться за пациентов.

Система страхования рабочих развивалась, покрывая все больший процент населения, однако система Бевериджа сложилась лишь в 1948 г. Уильям Беверидж во время Второй мировой войны по поручению Уинстона Черчилля разработал программу послевоенной социальной реконструкции. "Отчет Бевериджа 1942 года" лег в основу будущей Национальной службы здравоохранения, поставив здравоохранение в структуру общей социальной политики. Таким образом, правительство лейбористов в 1948 г. учредило всеобъемлющую, всеобщую бесплатную службу здравоохранения.

Говоря о британской системе здравоохранения, нельзя не упомянуть реформы железной

леди - Маргарет Тэтчер, а также поучительные истории реформ, проводимых премьер-министром Англии Тони Блэром.

С самого начала своего руководства Маргарет Тэтчер провозгласила новую концепцию развития Национальной службы здравоохранения - "внутренний рынок". Маргарет Тэтчер на добровольной основе разрешила нескольким врачам общей практики объединяться в фондодержателей. Группа врачей получала годовой бюджет, включавший средства на лечение и профилактику большого количества преимущественно предотвратимых заболеваний, которые в ряде случаев требовали стационарного лечения или помощи специалистов. Единичный случай тяжелого заболевания уже не мог разорить группу фондодержателей, так как их бюджет был больше и позволял разбавить риск (pool the risk). Конкуренция же сохранялась, так как пациент мог поменять врача или группу врачей, если его не устраивал набор предоставляемых услуг.

На наш взгляд, фондодержание является настоящим прорывом в управлении здравоохранением. Именно такая структура позволяет Англии расходовать почти в два раза меньше средств в отношении к ВВП по сравнению с другими высокоразвитыми странами и в течение длительного времени оставаться единственным государством, которому удается эффективно сдерживать расходы на здравоохранение.

Тони Блэр продолжил развитие фондодержания, определив обязательным условием включение частнопрактикующих врачей общей практики в группы первичной помощи (primary care groups), которые объединяют до 100 врачей, для получения бюджетных средств по подушевому принципу. При этом подушевые нормативы обеспечивают оплату вторичной и скорой медицинской помощи, формируя до 90% дохода соответствующих государственных медицинских организаций.

Подушевое финансирование врачей первичного звена используется и в других странах, имеющих государственные модели финансирования, например в Польше, Словакии, Болгарии и в ряде других стран, однако без широких полномочий по фондодержанию.

Беря на вооружение передовой зарубежный опыт по эффективному финансированию здравоохранения, отечественная законодательная база определила для амбулаторно-поликлинической помощи подушевой способ финансирования с фондодержанием <\*>.

-----  
<\*> **Постановление** Правительства РФ от 21 октября 2011 г. N 856 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год".

Во многих регионах получены интересные, хотя и неоднозначные результаты использования данного способа финансирования медицинской помощи.

Тем не менее, на сегодня отсутствуют единая методология использования подушевого финансирования с фондодержанием как элемента повышения эффективности национального здравоохранения, научно обоснованная методика расчета подушевых нормативов, учитывающих специфику спроса населения на современные медицинские технологии и рациональную сеть медицинских организаций. Региональный опыт разнообразен и требует обобщения и унификации с использованием порядков и стандартов медицинской помощи. Экономическая основа региональных подушевых нормативов, как правило, учитывает фактические затраты неэффективной лечебной сети и проецируемые на нее многолетний дефицит финансирования отрасли и неэффективные способы планирования и оплаты медицинской помощи.

Наша монография ставит своей целью обобщить отечественный и зарубежный опыт использования подушевой модели финансирования здравоохранения, определить научную, методологическую основу организации первичной медицинской помощи, при которой подушевое финансирование и фондодержание позволяет обеспечить эффективность национальной системы здравоохранения и устойчивое повышение уровня здоровья населения.

Кроме того, в монографии представлены аналитические и расчетные алгоритмы для формирования подушевых нормативов с различной "глубиной" фондодержания, обеспечивающие управление клиническими и финансовыми рисками медицинских организаций, оказывающих первичную помощь.

Структура монографии представлена шестью главами:

1. Научно-методологические аспекты финансирования медицинской помощи.
2. Анализ отечественного и зарубежного опыта применения подушевой схемы оплаты медицинской помощи.
3. Экономико-математическая модель подушевого финансирования с фондодержанием.
4. Методика расчета подушевых нормативов для финансирования первичной медицинской помощи с использованием стандартов медицинской помощи.
5. Использование клинико-затратных групп при подушевом финансировании медицинской помощи с регулируемой глубиной фондодержания.
6. Критерии клинической и экономической эффективности, управление качеством медицинской помощи при подушевой схеме финансирования медицинской помощи.

Д-р экон. наук  
М.В.ПИРОГОВ

---