

ФОНДОДЕРЖАНИЕ КАК ВОЗМОЖНЫЙ МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МНЕНИЯ ЭКСПЕРТОВ

От редакции: В журнале "МЗ", 2007, N 2 мы начали публикацию мнений специалистов о фондодержании как возможном механизме управления в сфере здравоохранения Российской Федерации. Продолжаем обсуждение этой темы, используя материалы, подготовленные к семинару "Новые механизмы финансирования амбулаторно-поликлинических услуг в РФ", любезно предоставленные редакции руководством проекта Европейского содружества "Поддержка системы учреждений первичной медицинской помощи на государственном и муниципальном уровнях в РФ".

Р.И.ДЕВИШЕВ,

Главный специалист отделения методологии стратегического планирования и мониторинга развития здравоохранения ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава

Одноканальное финансирование, взаиморасчеты и частичное фондодержание

Переход к преимущественно одноканальной форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения предполагает уменьшение доли средств, направляемых из бюджета на непосредственное финансирование ЛПУ. Основные средства на финансирование ЛПУ в этом случае должны поступать в медицинские учреждения из системы ОМС. В распоряжении органов здравоохранения остаются средства на управление здравоохранением, целевые программы и капитальные вложения. Кроме того, в ряде территорий пока продолжится финансирование из муниципального бюджета расходов на коммунальное обслуживание муниципальных ЛПУ. Остается актуальной задача освежения основных фондов здравоохранения, которые не только успели сильно износиться, но и вообще скорость старения современного медицинского оборудования составляет около 5 лет. В 2006 году благодаря средствам национального проекта была значительно улучшена материально-техническая база амбулаторно-поликлинических учреждений за счет их оснащения современным медицинским оборудованием.

Существенной проблемой является использование максимально полных тарифов на оказание медицинской помощи, обеспечивающих адекватное покрытие затрат медицинского учреждения в соответствии с объемом и качеством оказанной помощи.

В конце 80-х начале 90-х годов XX века одноканальное финансирование ЛПУ в полной форме предусматривалось в "новом хозяйственном механизме" практически только за счет бюджетных средств.

Предусматривался переход от выделения средств для ЛПУ из бюджета не по отдельным статьям расходов, а финансирование по долговременным стабильным нормативам, комплексно отражающим целевую направленность деятельности учреждения. Также предусматривалось установление тесной зависимости размеров фондов производственного и социального развития учреждений здравоохранения и оплаты труда каждого работника от конечных результатов деятельности учреждения или его подразделения, объема, качества и эффективности труда.

Нормативы бюджетного финансирования выполняют функции цены (тарифа) на услуги (работы), оказываемые учреждением здравоохранения, и устанавливаются по показателям, характеризующим конечные результаты деятельности учреждений здравоохранения (медицинская помощь и услуги в расчете на одного жителя в год; лечение одного больного различных профилей заболеваний и категорий сложности; оказание различных видов медицинских и других услуг).

В новом хозяйственном механизме предполагалось использование различных форм хозяйствования, включая внутрисистемные арендные отношения, гибкие режимы труда и др. Также предусматривалась реорганизация амбулаторно-поликлинического звена и перепрофилизация коечного фонда в рамках пересмотра организационной структуры сети, органов и учреждений здравоохранения с формированием территориальных медицинских объединений (ТМО). Перечень учреждений, включаемых в состав ТМО, определялся исходя из медико-организационных и экономических аспектов и местных особенностей территорий. ТМО на основании утвержденных нормативов и выполненного объема медицинской помощи оплачивал деятельность своих структурных подразделений. Оказание медицинской помощи вне данного ТМО оплачивается тем ТМО, к которому прикреплен житель по нормативу (цене) учреждения, предоставляющего эту помощь. Предполагалось, в частности, что учреждения областного (городского) подчинения и другие самостоятельные лечебно-профилактические учреждения могли содержаться за счет денежных средств, поступающих от ТМО за оказание медицинской помощи прикрепленному к ним населению.

При несоответствии финансирования сложившимся потребностям населения территории допускалось регулирование объемов медицинской помощи в данной территории. Сокращение объемов медицинской помощи или перевод отдельных обязательных (бесплатных) ее видов на

договорные и платные основы должны были согласовываться с территориальными Советами народных депутатов и вышестоящим органом управления здравоохранением [1, 2].

Сам принцип полного фондодержания: по аналогии с "новым хозяйственным механизмом" предполагает, что первичное звено (врач или учреждение первичной помощи) "держит" фонды на стационарную и скорую помощь. В настоящее время представляется преждевременным, чтобы индивидуальный врач (участковый или семейный) фактически являлся распорядителем средств на стационарную помощь вместо органов управления здравоохранением (не говоря уже о проблеме учета и бухгалтерии в современных условиях). В новом хозяйственном механизме таким держателем являлось районное территориальное медицинское объединение, созданное на базе ЦРБ с ведущей ролью поликлинического звена.

Частичное (или полное) фондодержание часто определяют как метод подушевой оплаты амбулаторно-поликлинического звена (юридического лица - ЛПУ, территориального объединения) за каждого прикрепившегося, при котором в подушевом нормативе предусматривается оплата не только собственной деятельности амбулаторно-поликлинического звена, но и услуг других ЛПУ. При полном фондодержании фондодержатель имеет в своем распоряжении средства на оплату всего объема медицинских услуг, оказываемых за пределами учреждения. При частичном фондодержании имеет средства на оплату лишь части помощи (например, только специализированной амбулаторной помощи).

Использование фондодержания в той или иной форме тесно связано с системой взаиморасчетов:

- "внутренние" взаиморасчеты (внутримуниципальные взаиморасчеты) - взаиморасчеты внутри поликлиники между участковым звеном и узкими специалистами поликлиники, специалистами параклинических служб;

- "горизонтальные" взаиморасчеты (межмуниципальные взаиморасчеты) - расчеты ЛПУ с другими учреждениями и межрайонными центрами, оказывающими специализированную консультационную и лечебную помощь (в частности, в соответствии с выделенными квотами), которые не могут быть оказаны в данном ЛПУ;

- "вертикальные" взаиморасчеты - расчеты за помощь, оказываемую областными (республиканскими, городскими, федеральными) медицинскими учреждениями за консультативно-лечебные услуги, за высокотехнологичные виды помощи.

Внутренние тарифы используются как для определения, учета финансового вклада доли различных служб в общий объем деятельности ЛПУ, так и при использовании в той или иной форме частичного (или иногда фактически "условного") фондодержания первичного звена внутри ЛПУ с внедрением внутренних взаиморасчетов. 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.

Для финансовой возможности реального проведения горизонтальных и вертикальных взаиморасчетов в соответствующие подушевые нормативы закладываются финансовые средства для оплаты медицинской помощи в учреждениях, оказывающих помощь на межрайонном и областном уровне.

В частности, на первом этапе внедрения вертикальных взаиморасчетов, учреждения здравоохранения, имеющие прикрепленное население, застрахованное по ОМС, непосредственно рассчитываются с областными медицинскими учреждениями за оказанные по направлению муниципальных учреждений консультативно-диагностические услуги. На последующих этапах внедрения частичного фондодержания во взаиморасчеты включается и оплата за стационарное лечение направленных больных. Стоимость медицинских услуг областных ЛПУ может закладываться у их основных потребителей - муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

В общем случае могут быть выделены, например, такие варианты финансирования первичной медицинской помощи:

- финансирование за счет фиксированной доли средств бюджета и ОМС, выделенных на амбулаторно-поликлиническую службу;

- финансирование за счет фиксированной доли подушевого норматива;

- финансирование на объем и виды амбулаторной помощи, оказываемой врачом первичного звена;

- финансирование за объем оказанных детальных услуг;

- финансирование по числу пролеченных больных (по случаям поликлинического обслуживания);

- финансирование с частичным учетом средств, выделяемых на другие службы и виды помощи (например, на специализированную амбулаторную помощь, на долю стационарной помощи, которая может быть оказана путем использования стационарозамещающих технологий и т.д.);

- финансирование на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу, включающую стационарную (или ее долю) и/или скорую медицинскую помощь прикрепленному населению;

- смешанные формы финансирования.

Представляется целесообразным использовать оплату всей медицинской помощи (больничной и внебольничной) муниципального образования (не включающих в себя крупных и средних городских образований) на основании установленного для данного муниципального образования подушевого норматива, а собственно оплату стационарной помощи по количеству пролеченных больных, но с учетом оговоренного в соответствующем заказе объема медицинской помощи.

Литература

1. Сборник нормативно-методических материалов по переводу на новые условия хозяйствования учреждений здравоохранения. Т. 1-2. - М.: Министерство здравоохранения СССР, 1989.
2. Методические материалы по переводу учреждений здравоохранения на экономические методы управления в условиях перехода отрасли на принципы медицинского страхования. Т. 1-4. - М.: Министерство здравоохранения СССР, 1991.

Н.Г.ШАМШУРИНА,

Д.э.н. профессор, факультет управления здравоохранением, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

Фондодержание предполагает, что:

- поликлиника получает средства на оказание всего объема амбулаторной помощи прикрепленному населению;
- если сама поликлиника не может оказать какие-то виды помощи, то она покупает их в других учреждениях за счет полученных средств;
- такое положение распространяется и на некоторые виды стационарной помощи;
- необязательно, что все средства поступят на расчетный счет поликлиники;
- средства могут аккумулироваться на специальном счете плательщика, который может их использовать только по указанию поликлиники;
- важным условием частичного фондодержания является предоставление прав поликлиники распоряжаться частью средств, предназначенной для оплаты стационарной помощи;
- при этом должны быть определены тарифы на услуги стационара, которые будут стимулировать врачей поликлиник не направлять легких больных в стационар и оказывать им помощь собственными силами;
- не исключена возможность направления больных на краткосрочную госпитализацию для проведения специфических обследований и уточнения диагноза и методов лечения;
- право направления пациента на госпитализацию должно принадлежать только врачам поликлиники;
- им должно принадлежать право наблюдения за ходом лечения в стационаре и возможность предложения выписки больного для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Пример. Система фондодержания Великобритании: ОВП финансируются в зависимости от числа прикрепленного населения.

Определяется норматив финансирования части затрат на другие виды медицинской помощи. Устанавливаются договорные отношения со стационарами и специалистами амбулаторного звена для расчетов за оказанные услуги.

Используется метод подушевого финансирования оплаты медицинской помощи. Доход ОВП складывается из подушевой оплаты (60%), оплаты по гонорарному принципу (15%), из твердой зарплаты врачей и субсидий на содержание практик (25%).

Субсидии покрывают расходы на аренду помещений, оплату вспомогательного персонала, информационное обеспечение, повышение квалификации врачей.

В Великобритании для устранения отмеченных недостатков с 1997 г. были созданы группы первичной помощи. Они включали 4-7 врачей общей практики, 1-2 медсестер, представителей органа управления здравоохранением, местной социальной службы и населения. Группа обслуживала население численностью от 100 до 200 тыс. человек, имела свой фиксированный бюджет и право использовать его по своему усмотрению.

Недостатки и проблемы фондодержания:

- возможность сдерживания больных и ограничения их доступа в больницы и другие учреждения здравоохранения с целью увеличения ПМП собственных доходов;
- оказание собственными силами видов медицинской помощи, которые в соответствии с современными лечебно-диагностическими технологиями должны оказываться только в стационаре;

- необходимость жесткого контроля плательщиков и органов управления здравоохранением с целью пресечения таких действий ПМП;
- необходимость дополнительных финансовых вложений для организации фондодержания.

Преимущества фондодержания:

- стимулирует интенсивность труда;
- повышает качество медицинской помощи в первичном звене;
- создает конкурентную среду в стационарной помощи, поскольку договоры заключаются не только с управлениями здравоохранением, но и с ВОП;
- в первичное звено передаются лишь те средства, которые врачи общей практики могут реально контролировать (15% средств региона на оказание стационарной помощи - плановых хирургических операций).

Пример. В Великобритании возникающая экономия средств ВОП может быть использована на расширение практики, приобретение нового оборудования, предоставление новых услуг. При этом запрещается использование экономии на оплату труда персонала.

Подготовка финансирования по схеме фондодержания предполагает следующие этапы:

- подается заявка;
- проходит обучение;
- определяются сроки перехода;
- утверждается бюджет фондодержателя;
- управление здравоохранением согласовывает плановые показатели с ВОП-фондодержателями (среднепрофильные тарифы, трудозатраты, затраты на управление практиками);
- рассчитывается бюджет на лекарственные средства;
- подписываются договоры с больницами, узкими специалистами, другими службами;
- определяются контрольные цифры в отношении листа ожидания, участия в программах профилактики.

В будущем с учетом опыта стран Европейского Союза реализация в РФ всех этих этапов вполне реально. Уже сегодня действующее общее законодательство, некоторое улучшение экономической ситуации, постепенное развитие новых условий хозяйствования в здравоохранении позволяют сделать шаг в сторону улучшения медицинского обслуживания населения, преобразовать там, где это целесообразно, службу участковых терапевтов в общине врачебные практики.

Возможно рассмотрение двух моделей общеврачебной практики:

1. Организация общей врачебной практики на базе поликлиник.
2. Врач общей практики и семейный врач как индивидуальные предприниматели.

Особенности первой модели общеврачебной практики

1. Организация работы врачей общей практики на базе государственного лечебно-профилактического учреждения (федерального или муниципального подчинения).
2. Врач общей практики оказывает медицинские услуги по Программе государственных гарантий в соответствии с взятыми на себя обязательствами, подкрепляемыми финансовыми ресурсами данного ЛПУ.
3. Перечень платных медицинских услуг предлагается самим врачом общей практики и согласовывается с администрацией поликлиники.
4. Врач общей практики действует на основе существующей сегодня нормативно-правовой базы, определяющей правила оказания платных медицинских услуг, а именно: Постановления Правительства РФ N 27 от 13 января 1996 г., Приказа МЗ И МП РФ N 109 от 29 марта 1996 г. и др.
5. Врач общей практики действует на основе договорных отношений. Для организации рабочего места часть основных средств поликлиника может передать безвозмездно с целью улучшить в будущем свою материально-техническую базу из доходов от деятельности врача общей практики или на условиях краткосрочной аренды (ст. 651 ГК РФ, п. 2), когда арендная плата (ст. 654, п. 3 ГК РФ) составляет не более 3-5% от остаточной стоимости передаваемых основных средств (для расчета ориентиром могут служить нормативы износа зданий - 5,4% в год, оборудования - 10-12% в год). Таким образом, поликлиника и общая врачебная практика могли бы на долевых условиях делить бремя износа оборудования и зданий и иметь небольшие средства для восполнения этого износа в будущем в условиях дефицита бюджетных средств.
6. Цены на услуги врача общей практики должны быть доступны населению, но выше тарифов в системе ОМС. Это позволит платить более высокую заработную плату врачу общей практики, реализовать его экономический интерес и не вызовет негативную реакцию у населения.

7. Доходы врача общей практики фиксируются на отдельном специальном счете поликлиники (Постановление Правительства РФ N 27, 1996 г.)
8. Предполагается предоставить врачу общей практики экономическую свободу в распоряжении этими средствами в пределах заработанных сумм (ст. 298 ГК РФ).
9. Предполагается более широкое использование добровольного медицинского страхования.
10. Предполагается предоставление врачу общей практики возможности выбора контингента из числа прикрепленных к поликлинике пациентов, развертывание рекламной компании по активному продвижению на рынок услуг здравоохранения медицинских услуг врача общей практики и семейного врача, информирование пациентов о Перечне платных и бесплатных услуг врача общей практики, ценах (тарифах), условиях предоставления услуг и др. (ст. 732, 736 ГК РФ; статьи 9, 10 ФЗ "О защите прав потребителя", также ст. 737, 739, 779-783 ГК РФ, регулирующие договорные отношения о возмездном оказании услуг).
11. Предполагается детальное описание рабочего места врача общей практики и определение минимального, то есть финансово обоснованного объема его деятельности для целей налогообложения.
12. Общая врачебная практика должна пройти регистрацию в органе управления здравоохранением.

В этом случае - орган управления здравоохранением обязан контролировать:

- качество медицинской помощи врача общей практики (ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности", гл. III, ст. 17);
- соблюдение стандартов медицинской помощи (Приказ МЗ и МП РФ от 8 апреля 1996 г. N 134; Приказы МЗ РФ от 29 апреля 1998 г. N 140, 17 апреля 1998 г. N 125, 9 октября 1998 г. N 300, 29 февраля 2000 г. N 82, 2 августа 2000 г. N 304, 10 апреля 2001 г. N 113 и др.);
- выполнение профилактических прививок, включенных в Национальный календарь прививок;
- соответствие врача общей практики функции должности, уровень его образования;
- систематическое повышение врачом общей практики своей квалификации и получение сертификата о повышении квалификации не реже, чем один раз в пять лет.

Также необходимо:

- согласовать объем медико-социальной помощи врача общей практики как муниципальный заказ;
- определить подушевой норматив финансирования, отражающий минимальный, но финансово обеспеченный перечень так называемых бесплатных медико-социальных услуг; при расчетах должен быть соблюден стандарт медицинской помощи, изучена структура заболеваемости населения данного района; определены возможные объемы и виды платной медико-социальной помощи;
- разрешить оказывать ту же медицинскую помощь врачом общей практики на платной основе, если исчерпаны финансовые ресурсы.

Кроме того, правильнее было бы сосредоточить общую врачебную практику, организованную в муниципальной поликлинике, на первоочередном удовлетворении потребностей наиболее нуждающихся в уходе больных, особенно с использованием в бригаде труда практикующей медицинской сестры. Специализацией мог бы стать уход за престарелыми и детьми на дому, что дало бы новый импульс для развития геронтологии.

Особенности второй модели общеврачебной практики

Необходимо определить условия, обеспечивающие контроль государства. Этот контроль выражается, прежде всего, в определении правил регистрации частнопрактикующего семейного врача или врача общей практики как индивидуального предпринимателя.

С развитием своей деятельности врачи общей практики могут объединять свои усилия и образовывать "Объединение общих врачебных практик", что бывает выгодно с точки зрения совместной эксплуатации диагностического медицинского оборудования и т.п. Такие объединения могут иметь характер автономной некоммерческой организации, статус которой определен Федеральным законом "О некоммерческих организациях" (1995 г.), ст. 2, п. 3; ст. 10, в том числе для медицинской деятельности.

При использовании фондодержания и выполнении муниципального заказа заказчиком услуг может выступить как система медико-социального страхования, так и управление здравоохранением.

В практике отечественного здравоохранения таких механизмов пока не создано. Точкой отсчета при определении размеров оплаты труда врача общей практики должен быть прожиточный минимум в данном регионе. Величина получаемого дохода должна также определяться стандартом медицинской помощи, оказываемой врачом общей практики, учитывающим сложность и интенсивность труда, выраженного в комплексной медицинской услуге или комплексной амбулаторной услуге.

На условиях контракта возможно отойти от методики расчетов оплаты труда по ЕТС и внедрить гонорарный метод, предполагающий оплату каждой "детальной услуги", причем из разных

имеющихся источников финансирования. В этом случае может быть создан Единый фонд оплаты труда врачей общей практики, в котором остается часть бюджетных средств, часть средств обязательного медико-социального страхования, средства, заработанные при помощи платных медицинских услуг. Все эти средства могут фиксироваться на спецсчете и составлять примерно 30-40% от затрат на оказанную медицинскую помощь в течение данного периода.

Таким образом, может быть создана система экономической мотивации деятельности врача общей практики, стимулирующая медицинское обслуживание населения в соответствии с новыми требованиями.

Будет обеспечена мотивация самого врача к постоянному расширению кругозора и пополнению медицинских знаний с целью удовлетворения индивидуальных потребностей пациентов.

Развитие общей врачебной (семейной) практики решает ряд приоритетных задач по улучшению здоровья населения, а именно: обеспечивает постоянный контроль над здоровьем семьи, индивидуализированный подход к пациенту, повышение доверия семьи к врачу, усиление профилактики, возможность выбора врача пациентом, уход за престарелыми и детьми и др.

ПЕККИ РИССАНЕНА,

Профессор экономики здравоохранения Университета Тампере

Перевод Егора Шейбака

В России выдвигается достаточно мало инициатив в сфере здравоохранения, существенно влиявших на улучшение здоровья или благополучие населения либо на экономическое развитие. Высокий уровень смертности, особенно среди трудоспособного населения, уменьшает общую продолжительность жизни и замедляет экономический рост. Основными причинами являются ишемическая болезнь сердца, другие сосудистые заболевания, которые в большинстве своем легко предотвратить при помощи мероприятий, проводимых в рамках первичной/вторичной медицинской помощи. Более того, состав населения примерно совпадает с европейским вследствие низкого коэффициента рождаемости. В дополнение к этому, показатели заболеваемости и смертности сильно колеблются в зависимости от местности - городской или сельской, тем самым, поднимая вопрос о равнодоступности всех медицинских услуг для населения.

В целом ресурсы, выделяемые здравоохранению, далеко не ограничены. Проблема лежит в плоскости спроса: среднее число посещений врача в год довольно высоко - около 9, что явно выше подобных цифр во многих европейских странах. Конечно, это может быть вызвано высокой потребностью в услугах здравоохранения, однако, данный показатель может быть уменьшен путем реорганизации модели обслуживания населения без особого ущерба для системы в целом.

Финансовые, организационные и управленческие модели в этой сфере (особенно обслуживания населения) довольно усложнены. Несомненно, федеральное правительство, как и региональные власти, оказывают немалое влияние на эти процессы, однако, с другой стороны, полномочия и ответственность в сфере финансового обеспечения и контроля предоставления услуг четко не специфицированы. Данная ситуация с незначительными изменениями характерна для всей страны в целом и создает определенные препятствия гарантиям равного доступа ко всем услугам.

В финансовом секторе ПМП, например, можно выделить следующие проблемы.

Несмотря на в целом четкое законодательство, существующие финансовые механизмы до конца не прозрачны. Основными источниками финансирования являются налоги и сборы, ОМС и денежные трансферты предприятий и правительственных структур (Данишевский, 2006).

Налоги уплачиваются в федеральный или региональный бюджеты, которые потом распределяют их среди поликлиник посредством муниципальных властей. Но не все отчисления выделяются на здравоохранение. С другой стороны, неассигнованные фонды денежных средств могут быть переданы на местный уровень здравоохранения через другие министерства, кроме Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Таким образом, нет единого центра, отвечающего за финансирование отрасли. К.Д.Данишевский отмечает, что существуют различные модели налогового финансирования первичной и вторичной медицинской помощи.

Система ОМС охватывает все рабочее население и финансируется за счет отчислений из заработной платы. Операционные издержки и оплата труда финансируются за счет страховых поступлений; остальное (капитальные вложения, расходы на оборудование и эксплуатацию) - за счет налогов. Распределение страховых фондов непрозрачно и зависит во многом от неформальных связей (Данишевский К.Д., 2006).

Хотя муниципалитеты получают лишь малую часть всех налоговых доходов, они обладают наибольшими полномочиями в сфере финансирования медицинских учреждений различных звеньев. Под ответственность местных властей попадают также неработающее население и долгосрочная медицинская помощь (например, помощь хроническим больным). Объемы переданных им средств зависят, скорее от умения договориться с представителями

администрации регионального/федерального уровня, чем от каких-то формальных принципов распределения.

Из-за усложненности процедур финансирования поставщики услуг и работники сферы здравоохранения подчас руководствуются стимулами, противоречащими друг другу. Следовательно, представляется весьма сложным развивать систему ПМП, когда последствия принятия финансовых решений, произведенных на уровне агента-поставщика с целью поспособствовать процветанию собственного учреждения, не могут быть идентифицированы и предсказаны. Нет единой системы разделения властей, то есть не всегда точно понятно, кто ответственен:

- за стратегическое планирование;
- за финансирование;
- за внедрение;
- за контроль системы.

Данный принцип распределения должен существовать, необязательно в том виде, как это было описано выше. Большая доля денежных средств поступает от услуг, оплаченных пациентом за наличный расчет, несмотря на то, что такие платежи, согласно Конституции, недопустимы. По некоторым оценкам, их пропорция достигает 20-30%, что является весомым основанием задуматься о справедливом и равном обеспечении медицинской помощью. Подводя итог, отмечу, что система финансирования ПМП страдает в некоторой степени отсутствием прозрачности и предсказуемости. Более того, она недостаточно стимулирует работу поставщиков услуг и сотрудников данного звена, от которых, в конечном счете, зависит успех предприятия. Существование неправовой системы оплаты услуг пациентами, зачастую воспринимаемой как формальная и обоснованная, должно приниматься во внимание при реализации любых шагов в этом направлении.

Политика (государства) в области здравоохранения направлена на изменения, которые гарантируют, что все нужды населения в медицинских услугах будут удовлетворяться с большей эффективностью. Таким образом, представляется разумным на этом же уровне произвести такие обновления в системе ПМП и ее финансовом обеспечении, чтобы иметь возможность откликнуться на все неотложные потребности (упомянутые выше) по формированию результативной и справедливой ПМП.

В финансировании ПМП существуют несколько не связанных источников, несмотря на то, что все равно большая часть поступлений идет из налоговых доходов государства. Но даже они распределяются и передаются на нижестоящие уровни по различным независимым каналам. В настоящее время передача всех этих потоков и контроля над ними одному уровню власти представляется невозможной.

Предложения

I. Обеспечение достаточного объема ресурсов

Хотя обеспеченность персоналом высока, наблюдается нехватка основных производственных фондов (средств) в данной сфере. В частности, существует потребность в развитии технологий в ПМП, и эта статья должна также предусматривать значительные ассигнования на приобретение медикаментов.

Нужды населения и пути предоставления услуг должны быть тщательно переоценены для того, чтобы найти методы, позволяющие сократить высокие нормы расходов. Их уменьшение может способствовать снижению интенсивности эксплуатации и повысить обеспеченность ПМП. Одним из таких методов является развитие и повышение роли института врача общей практики, подразумевающего, помимо всего прочего, четкую посредническую функцию. Повышение значимости роли медсестер при ВОП означает перераспределение и снятие части нагрузки с терапевта. То есть медсестра может самостоятельно вести часть рутинной канцелярской работы и осуществлять прием больных, например, с хроническими заболеваниями.

II. Финансирование

Финансирование ПМП включает:

- привлечение денежных средств, назовем их фонды ПМП;
- систему распределения этих фондов на макроуровне.

Первая часть охватывает налогоплательщиков, работников, а также пациентов и их семьи (оплата медицинских услуг). Вопрос оплаты части услуг связан и с развитием ПМП в пилотных регионах. Далее акцент будет сделан на размещение фондов ПМП среди медицинских учреждений-поставщиков услуг.

Эффективность финансирования зависит от нескольких факторов. Не только цели и задачи здравоохранения ПМП, но и политика в области ухода за престарелыми должны быть подробно разработаны и четко определены. Только в этом случае станет возможным построить систему обеспечения, направленную на достижение поставленных целей. Различие в моделях финансирования создает различные стимулы. Это оказывает влияние на то, какой модели поведения и принятия решений станут придерживаться как организация, так и ее сотрудники.

Эффективная система финансирования скорее предпочтет стимулирование, чем использование жестких норм для достижения целей и задач ПМП.

Предсказуемость и прозрачность являются жизненно важными элементами, поскольку все акторы (в том числе и поставщики) должны иметь возможность оценить экономические последствия принятых ими решений.

Отправными точками становления качественной системы финансирования ПМП в пилотных регионах, с моей точки зрения, являются следующие:

- профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни среди населения;
- повышение отдачи (числа визитов, вылеченных пациентов);
- распределение ресурсов по принципу эффективности (то есть в наиболее перспективные и низкозатратные методы лечения);
- оказание услуг в равном объеме всем пациентам независимо от их финансового/социального положения (принцип справедливости).

Из вышесказанного можно сформулировать подобие "финансового коктейля", включающего в себя элементы нескольких методов выделения средств.

Основные типы:

1. Подушевые платежи поставщикам услуг. В этом случае фиксированная сумма на единицу населения (например, руб./житель) передается учреждениям ПМП. Обычно это взвешенная сумма, рассчитанная исходя из нескольких характеристик населения (структура потребностей, возраста, этнического состава и т.п.) и условий обеспечения (удаленность/доступность услуг). Такая система стимулирует развитие профилактических мер, если они в конечном итоге оказываются более выгодными по сравнению с обычным лечением, так как доход не зависит напрямую от числа пациентов. Более того, нет никакого смысла "лечить сверх меры". На рынке услуг ПМП может установиться конкуренция между учреждениями за количество пациентов в списках.

2. Плата за каждую услугу в отдельности, то есть поставщик получает деньги за единицу произведенной услуги, например, от страховых компаний или из государственных средств. Естественно, это подталкивает к тому, чтобы создать и предоставить избыточный объем услуг. Это является инструментом увеличения финансирования. С другой стороны, это приводит к "лечению сверх меры" и использованию не самых оптимальных в плане затратности методов лечения.

3. Фиксированный месячный оклад означает, что для учреждения-поставщика услуг все врачи и специалисты - всего лишь наемные работники. Следовательно, у них не возникает мотивации предоставлять пациенту избыточное число услуг, наоборот, в данном случае можно столкнуться с явлением смещения издержек: специалист вместо того, чтобы лечить больного самостоятельно, предпочтет направить его к другому врачу или даже в другое учреждение.

4. Оплата пациентами некоторых услуг за счет личных средств может оказывать влияние, сходное с тем, что производит система, упомянутая выше и предусматривающая оплату за каждую услугу в отдельности. Однако условия именно такой оплаты обговариваются на уровне врач-пациент, что, возможно, снижает угрозу перепроизводства услуг, как в случае, когда платит третья сторона.

III. Фондодержание

На практике многие системы финансирования ПМП содержат элементы выше перечисленных моделей. Например, типичный способ предоставления средств врачам из налоговых доходов исходя из подушевого норматива оплаты дополняется часто еще и оплатой некоторой части услуг отдельно. С другой стороны, элементы рыночной экономики, такие как конкуренция и ориентация на уровни цен, вводятся в систему ПМП при помощи инструмента фондодержания.

В этой модели заранее определенный фонд денежных средств распределяется среди ВОП и медсестер (фондодержателей) также с использованием определенной формулы. Они ответственны за предоставление всех медицинских услуг прикрепленному к ним населению, уже внесенному в специальные списки (по округам). Фондодержатели обладают правом независимого определения (возможно, вместе с пациентом) необходимых мер лечения и диагностики, они учитывают потребности пациента и предоставляют эти услуги самостоятельно либо приобретают их у других клиник.

Такая система является эффективным посредничеством между ПМП и сектором вторичной медицинской помощи, так как присутствуют элементы экономической инициативы, что заставляет тщательно обдумывать принимаемые решения и учитывать их затратность. Это также может подтолкнуть ВОП развивать профилактику.

Модель фондодержания требует развития функции и института врача общей практики (ВОП). Иначе все посредничество сведется к перенаправлению пациентов к врачам-специалистам. Более того, население должно доверять ВОП и полагаться на его способность лечить и курировать. С другой стороны, все подобные практики должны иметь систему строгого контроля, которая гарантирует предоставление высококачественных услуг, включая и доступ к ним на всех уровнях.

В пилотных регионах проекта (Липецкая и Тюменская области) фондодержание должно быть организовано в рамках поликлиник. В этом случае поликлиники будут получать финансирование в объеме, привязанном к числу населения обслуживаемого ими района. Такая формула должна, помимо этого, учитывать потребности жителей (доля детского населения, пенсионеров, уровень заболеваемости). С другой стороны, необходимо принимать во внимание различия в схемах предоставления медицинских услуг: если фондодержатель-поликлиника расположена в сельской местности, где клиники и госпитали находятся на значительном расстоянии, то это вызовет рост издержек, что, очевидно, предусматривает более высокий уровень финансирования на одного человека.

Нужно внимательно изучить и возможность создания конкуренции между фондодержателями. Если существуют несколько подобных организаций в одном округе, то пациенты имеют право вносить себя в различные списки, заставляя тем самым поликлиники предоставлять качественную медицинскую помощь. Если не будет конкуренции, то вся идея финансирования, зависящего от пациентов, не будет иметь под собой реальной основы.

Фондодержание побуждает поставщиков услуг соизмерять свое поведение с экономически выгодными действиями. Одной немаловажной чертой системы является то, что ежегодная экономия с перечисленных фондов может оставаться в руках самих фондодержателей. Конечно, нужно некоторое регулирование вопроса использования накопленных средств. Более того, некоторый общий контроль просто необходим в той части, что касается выплат из этих средств дополнительных премий и бонусов персоналу поликлиники.

Для того, чтобы данная модель могла продемонстрировать реальные успехи и достичь поставленных задач, очень важно перевести разрозненные источники финансирования (региональные, местные, федеральные фонды) в единый. С точки зрения поликлиник, должен быть только один фонд, из которого осуществляется финансирование, основанное на подушевом нормативе. Если таких фондов несколько, тогда опять встает проблема возникновения различных стимулов и вариантов действий. Например, оплата пациентом услуги из собственного кармана может сформировать ошибочные стимулы, расходящиеся с целями модели фондодержания.

Редакционный материал