

УДК 351.77

## СУЩНОСТЬ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ СТАЦИОНАРОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2011 Л.В. Хакимова\*

**Ключевые слова:** медико-экономические стандарты в системе оплаты медицинской помощи, механизм финансирования стационаров учреждений здравоохранения, финансирование здравоохранения.

Проанализировано применение медико-экономических стандартов в связи с введением в стационаре механизма оплаты медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи за объемы оказанной медицинской помощи с учетом конечного результата (в рамках Приоритетного национального проекта “Здоровье”).

Одним из целевых направлений пилотного проекта в сфере здравоохранения, реализуемого в 21 субъекте Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта “Здоровье”, является реализация мероприятий по введению в стационаре механизма оплаты медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, которые рассчитываются по стандартам медицинской помощи за выполненные объемы оказанной медицинской помощи с учетом конечного результата.

Задачами выполнения целевого направления являются:

◆ унификация оказанных объемов и качества медицинской помощи всем гражданам РФ независимо от места проживания и внедрения единых федеральных стандартов оказания медицинской помощи, что влечет исполнение стандартов оснащенности материально-техническими средствами и кадровым потенциалом учреждений здравоохранения;

◆ реализация публичных обязательств государства в сфере здравоохранения по оказанию гражданам доступной, бесплатной и качественной медицинской помощи на основе единого стандарта, действующего на всей территории Российской Федерации<sup>1</sup>.

К разработке медико-экономических стандартов Ханты-Мансийского автономного округа - Югры привлечены специалисты (клинические специалисты) из числа профессорско-преподавательского состава Сургутского государственного университета - медицинского института (медицинского факультета). Окружным

фондом обязательного медицинского страхования разработан и утвержден программный продукт, согласно которому идет формирование электронной модели стандартов оказания медицинской помощи.

Общее количество проектов медико-экономических стандартов медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре в условиях стационара по условиям конкурса составило 788, включающие более чем 2000 нозологические формы. Дополнительно в перечень проектов медико-экономических стандартов, необходимых к разработке, включены наиболее часто встречаемые заболевания в условиях стационара учреждений по кожно-венерологическим заболеваниям в количестве 61 заболевание<sup>2</sup>.

Среди применяемых в РФ методов оплаты стационарной помощи в настоящее время чаще всего используется метод оплаты за законченный случай госпитализации (в 48 регионах РФ). Однако только в 19 регионах МЭС включают все параметры. Дозы лекарственных средств и препаратов указаны в стандартах лишь в 27 регионах, алгоритмы выполнения медицинских услуг - в 26, а стоимость лечения в учреждении - только в 19 регионах. Также системы КСГ детально разработаны только в 5 субъектах РФ (более 270 КСГ) и в 9 субъектах РФ созданы развитые системы стандартов (более 500 стандартов). В большинстве регионов (в 61 субъекте РФ и в г. Байконур) при расчете тарифов медико-экономические стандарты не используются.

\* Хакимова Лилия Вячеславовна, аспирант Самарского государственного экономического университета. E-mail: lv802004@mail.ru.

После введения системы обязательного медицинского страхования появился официальный регламент возможностей выбора. Основным нормативным актом, непосредственно посвященным этой проблеме, является приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования "Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации" от 18 октября 1993 г. В данном документе проводится анализ положительных и отрицательных сторон каждого из возможных методов расчетов между субъектами за предоставленные медицинские услуги и предлагается метод выбора оптимального способа. Например, стационарная медицинская помощь в системе медицинского страхования может быть оплачена и осуществляться в рамках пяти возможных вариантов:

1) финансирование стационара учреждения по смете расходов на основе договора за согласованные объемы медицинской помощи (количество пролеченных больных, количество произведенных операций и т.д.);

2) оплата фактических расходов за каждую госпитализацию больного (по системе детальной калькуляции за фактически оказанные медицинские услуги);

3) оплата услуг стационара учреждения за число фактически проведенных пациентом стационарных койко-дней в отделениях учреждений (либо финансирование койко-дня отдельной статьей и не вошедших в его стоимость манипуляций);

4) оплата медицинских услуг стационара в расчете по средней стоимости медицинской помощи на одного больного в профильном отделении;

5) оплата медицинских услуг стационара за законченный случай госпитализации по тарифам, дифференцированным в соответствии с принятой классификацией (медико-экономические стандарты и т.п.).

Детальный экономический анализ каждого из этих способов показывает, что ни один из них не отвечает комплексу требований, установленных в настоящее время в системе организации здравоохранения:

♦ усиление материальной заинтересованности медицинского учреждения в оказании качественной медицинской помощи;

♦ минимизация расходов и затрат на госпитализацию при сохранении современного уровня оказания медицинской помощи в учреждении - соответствие необходимой достаточности;

♦ экономическое стимулирование сокращения сроков госпитализации как совокупного фактора стоимости медицинской помощи;

♦ унификация тарифов с целью обеспечения возможности автоматизированной обработки счетов и планирования деятельности медицинских учреждений и органов управления здравоохранением.

На основе единой системы при расчетах тарифов (нормативы стоимости медицинской помощи с учетом относительных коэффициентов стоимости, одного койко-дня госпитализации и индексов-дефляторов) была разработана методика, позволяющая рассчитывать тарифы на стационарную медицинскую помощь и соответствующую всей системе вышеназванных экономико-управленческих требований. Методика разработана на параболической зависимости тарифа на медицинскую услугу от длительности госпитализации (абсолютное число дней) и стоимости одного койко-дня:

$$T = (-ax^2 + bx + c) \cdot Id,$$

где  $T$  - тариф на медицинские услуги в стационаре, руб.;  $a$  - региональный коэффициент (индекс территориальный, поясной);  $x$  - длительность госпитализации (абсолютное число дней, проведенных пациентом в стационаре учреждения, но не более расчетного срока средней длительности одной госпитализации);  $b$  - стоимость одного койко-дня госпитализации, рассчитанная в соответствии с Методическими рекомендациями, руб.;  $c$  - значение то же, что и коэффициента  $b$ , руб.;  $Id$  - индекс-дефлятор (публикуется ежеквартально в "Российской газете", ИРИП)<sup>3</sup>.

В некоторых регионах РФ МЭС используются в рамках двухканальной системы финансирования ЛПУ и не являются полными тарифами. Финансовых средств, аккумулируемых в системе ОМС, недостаточно для полного возмещения в составе тарифов всех видов расходов медицинских учреждений. В научных работах современных авторов КСГ и МЭС часто употребляются как синонимы, что представляется не совсем корректным. КСГ и МЭС при использовании в российской системе организации и фи-

нансирования здравоохранения разделяются следующим образом:

◆ КСГ - это группа заболеваний, определенная в каждом классе Международной классификации болезней и объединенная схожим уровнем затрат на медицинскую помощь;

◆ МЭС является детализацией КСГ, т.е. стандартом, определяющим объем диагностических и лечебных процедур, медикаментозного лечения, а также объем соответствующего финансового обеспечения для каждой КСГ.

Существуют две модели финансирования поставщиков медицинских услуг:

◆ ретроспективная, базирующаяся на возмещении поставщику фактических затрат на медицинские услуги;

◆ предварительная, базирующаяся на оплате платежей за случай лечения, т.е. утвержденной фиксированной суммы за каждого пролеченного больного.

*Финансовый механизм здравоохранения* - это генерированная научно обоснованными целями социальной политики государства совокупность источников и форм образования финансовых ресурсов отрасли, способов финансирования расходов, методов оплаты медицинских услуг, направлений и методов финансового контроля за целевым и эффективным использованием денежных средств в здравоохранении.

Медицинские учреждения, выполняющие территориальную программу ОМС, финансируются страховыми медицинскими организациями (СМО) в соответствии с объемом медицинской помощи (услуг), оказанной застрахованным гражданам. Обязательное медицинское страхование охватывает всех граждан РФ за исключением некоторых категорий граждан, для которых законом установлена иная форма финансирования медицинских услуг (военнослужащие, полиция и т.п.). Остальные граждане РФ застрахованы по месту работы, а для неработающих категорий страхователем (плательщиком страховых взносов в систему ОМС) являются органы исполнительной власти субъекта Федерации (т.е. региональный бюджет).

Все медицинские организации, выполняющие территориальную программу ОМС, используют полученные финансовые средства на установленные Правительством РФ виды расходов, связанные с оплатой труда медицинского персонала и начислениями на оплату труда, закупку лекарственных средств и медикаментов, рас-

ходных средств, продуктов питания, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, инвентаря и прочих материальных запасов (расходы, затраченные непосредственно на пациентов), а также с оплатой стоимости клинических, лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других клиниках (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока). Расходы и затраты, связанные с реализацией медицинским учреждением медицинских услуг, несет собственник (владелец) медицинского учреждения.

Методом управления финансовыми ресурсами здравоохранения является финансовый механизм здравоохранения. Установленный финансовый механизм сферы здравоохранения является системой взаимодействия финансовой политики государства, намеченных мероприятий в сфере здравоохранения, отражающими специфику отрасли здравоохранения, установленными условиями формирования финансовых ресурсов, утвержденным порядком их расходования.

Средний подушевой норматив расходов на одного гражданина РФ на 2011 г. установлен в размере 7633,4 руб., в том числе по базовой программе ОМС - 4102,9 руб. Тарифы медицинской помощи по ОМС в 2011 г. включают расходы на зарплату и начисления (взносы), приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химической посуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, выполняемых по договорам аутсорсинга.

В регионах РФ разработаны и приняты программы модернизации здравоохранения на 2011-2012 гг., которые содержат механизм реализации предусмотренных программами мероприятий.

В регионах РФ за реализацию мероприятий, предусмотренных программами, отвечают министерства здравоохранения и социального развития субъектов РФ. Средства, поступившие на реализацию Программы из бюджета ФФОМС, направляются на совершенствование организации медицинской помощи по видам заболеваний, включенным в базовую программу ОМС.

За счет бюджетных ассигнований бюджета региона осуществляются мероприятия, направленные на модернизацию учреждений, оказывающих социально значимые виды медицинской помощи. Министерство здравоохранения и социального развития региона является главным распорядителем бюджетных средств, выделенных на финансовое обеспечение мероприятий Программы.

Финансовое обеспечение мероприятий программы осуществляется в пределах выделенных средств ФФОМС, предоставляемых в форме субсидий бюджету ТФОМС на реализацию Программы, в порядке, установленном постановлением Правительства РФ "Об утверждении Правил финансового обеспечения в 2011-2012 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета ФФОМС" от 15 февраля 2011 г. <sup>□</sup> 85, а также в рамках бюджетных ассигнований бюджета области, местных бюджетов, выделенных на эти цели.

Система оплаты медицинских услуг, несмотря на свою многолетнюю историю, и сегодня привлекает к себе внимание специалистов во всех странах мира: только за последние 5 лет в системе библиографического описания MEDLINE зарегистрировано более 200 работ, посвященных этой тематике, не говоря уже о более отдаленном периоде.

В США система предварительной оплаты в сфере здравоохранения была перенаправлена с политики контроля над затратами от сдерживания спроса (применение франшиз или уровня сострахования) к разделению расходов между покупателем и поставщиком медицинских услуг на стороне предложения. Суть ее введения состояла в создании для монопольных поставщиков медицинских услуг стимулов для снижения расходов (или увеличения активности). В соответствии с предварительной системой оплаты тарифы устанавливаются до начала процесса лечения в соответствии с диагнозом и стандартизированными затратами на лечение. Наиболее известным является метод клинко-статистических групп, или диагностически связанных групп (diagnosis-related groups), введенный в 1983 г. в рамках американской программы социального страхования Medicare<sup>4</sup>.

Система предварительной оплаты может рассматриваться как один из методов решения

проблемы разрозненной информации между плательщиком и поставщиком медицинских услуг. Стимулирование стационара учреждения к получению прибыли (при превышении платежа над фактической стоимостью медицинских услуг) ведет к выполнению им различных мер, снижающих затраты на лечение.

В соответствии с медико-экономическим ракурсом рассмотрения данной методики важным является вопрос - насколько широко или узко должны быть определены КСГ. Укрупненные КСГ дают мощный толчок к росту эффективности и минимизируют возможности манипулирования диагнозами.

В рамках приоритетного национального проекта "Здоровье" начал реализовываться пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Пилотный проект предусматривает поэтапный переход медицинских учреждений на одноканальное финансирование через систему ОМС в соответствии с принципом "деньги следуют за пациентом". Одним из его направлений является введение механизма оплаты стационарной медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи.

Стандартизация оплаты стационарных услуг на основе медико-экономических стандартов оказанной медицинской помощи дает возможность исчислять реальную стоимость медицинских услуг и служит информационной основой для формирования программы контроля и управления качеством медицинской помощи на уровне лечебного учреждения, органа управления здравоохранения, территориального фонда обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций.

<sup>1</sup> Приказ ФФОМС "О мониторинге пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения" от 16 июля 2007 г. <sup>□</sup> 151.

<sup>2</sup> *Обухова О.В., Базарова И.Н., Гавриленко О.Ю.* Проблемы внедрения медико-экономических стандартов в учреждения, оказывающие стационарную медицинскую помощь // Социальные аспекты здоровья населения : информ.-аналит. вестн. 2008. <sup>□</sup> 3.

<sup>3</sup> *Михайлов Ф.В., Филатов В.Н.* Методика расчета тарифа на медицинские услуги в стационарах // Экономика здравоохранения. 2000. <sup>□</sup> 2/3.

<sup>4</sup> *Скляр Т.М.* Медико-экономические стандарты в финансировании стационаров // Глав. врач. 2011. <sup>□</sup> 2.