

**КОНКУРЕНЦИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ
МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Карпов А.Л., Троицкая Н.Л.

В статье проводится сравнительный анализ двух основных подходов к финансированию муниципального здравоохранения в России: системы «от оборота койко-места» и системы «по законченному случаю». Приводится описание работы этих систем, и выявляются достоинства и недостатки каждой на примере двух регионов: г. Омска и г. Новосибирска.

Авторы считают, что финансирование муниципального здравоохранения «по законченному случаю» имеет существенные преимущества над традиционной для большинства российских регионов системой «от оборота койко-дней», так как в сложившихся условиях контроль осуществляется не за качеством лечения и оптимизацией затрат на него, а за количеством отработанных койко-дней. Однако до сих пор не происходит массового перехода регионов от одной системы к другой (на текущий момент полностью на финансирование «по законченному случаю» перешли только 5 городов РФ), поэтому в завершение статьи рассматриваются причины и последствия доминирования «устаревших» схем финансирования муниципального здравоохранения в России.

Институт финансирования муниципального здравоохранения в России.

Итоги реформ

Российская экономическая модель здравоохранения официально относится к смешанным моделям с преобладанием государственного сектора. Такое положение очевидно связано с рядом причин – объективного и субъективного характера. К причинам объективного характера в первую очередь относится уровень жизни населения РФ, который можно охарактеризовать как низкий, сравнительно с развитыми странами. Уровень жизни определяет объем платежеспособного спроса на услуги здравоохранения. К субъективным причинам относится государственная политика, которая с начала экономических реформ все больше склоняется к усилению государственной власти. Смешанный характер системы здравоохранения определяет основные принципы финансирования. Наследственность системы, как постсоветской, национальной менталитет, общий уровень бюрократизации определяют ее особенности и узкие места сравнительно со смешанными моделями здравоохранения в других странах.

При анализе существующей системы здравоохранения сразу же видна главная «национальная» проблема – официально декларируемая «смешанность» системы на деле оказывается директивной, система финансирования практически полностью бюджетной, а внутреннее содержание модели ни по каким показателям и ни в каких сегментах не может быть охарактеризовано как рыночное. Данные выводы были сделаны на основе анализа промежуточных итогов реформы здравоохранения на базе работ Н. Головниной и П. Ореховского [1]; А. Сурина, М. Соколова и Е. Полубенцевой [2]; Е. Панфиловой, Е. Каракуловой, Л. Гленской и М. Малаховской [3]; А. Ахмадеева, И. Харисовой и Э. Салиховой [4]; И. Зиборовоой [5]; И. Тогунова [6], С. Шишкина [7], а также других отечественных исследователей.

В целом, в системе здравоохранения сохранилось директивное планирование, основанное на усредненных нормативах использования койко-места (условных посеще-

ний поликлиники). При выделении финансовых средств для ЛПУ применяется данный формальный показатель: от него рассчитывается численность врачей, заведующих отделений, младшего медицинского и вспомогательного персонала. При этом стоимость лечения той или иной болезни не рассчитывается, и действующая система учета весьма затрудняет такие расчеты.

Действующая система планирования и учета в здравоохранении воспроизводит прежнюю практику и приводит к тому, что финансируются койки, а не лечение болезней.

Советская практика планирования, основанная на СниПах, также широко использовала подобные усредненные показатели (в частности, количество койко-мест в стационаре на 10 тыс. населения, поликлиника в расчете на определенное количество посещений и т.п.).

Следует отметить, что на начальных этапах реформы планирование финансовых поступлений рассчитывалось не на базе числа койко-дней, а с использованием подушевого принципа, учитывающего половозрастной состав населения. Этот довольно сложный расчет на самом деле не вносил кардинальных корректив в подсистему планирования, поскольку нормативное число коек тесно связано с численностью населения. Так что такое «изменение» опять же было исключительно формальным. Поэтому отказ от подушевого принципа в планировании также не отразился ни на фактической деятельности, ни на объемах финансирования ЛПУ.

Опыт других стран по формированию систем здравоохранения показывает, что применение нормативных показателей при планировании присуще государственной модели организации системы охраны здоровья. Для стран, использующих социально-страховую модель, более характерна ориентация на стоимость лечения заболевания.

До тех пор, пока в здравоохранении сохраняется прежняя техника финансового планирования и оценки затрат ЛПУ, переход к страховым принципам организации медицинского обслуживания невозможен. Страховая медицина «по определению» - страхование затрат на медицинское обслуживание в случае болезни. Если неизвестно количество этих затрат, невозможно организовать и страхование.

Переход к планированию, основанному на определении стоимости лечения заболевания, выглядит весьма перспективным. Однако немаловажной проблемой на пути к такому переходу является сложность определения стоимости лечения болезни. В настоящее время в системе здравоохранения РФ, выражаясь языком заводских экономистов, применяется «котловой метод» учета затрат: есть общая смета содержания ЛПУ, из которой очень трудно выделить затраты на лечение конкретной болезни. Можно получить только усредненную оценку стоимости 1 койко-дня*.

Существующая же практика планирования приводит к значительным отклонениям от «профиля заболеваемости». Планирование структуры коечного фонда осуществляется из расчета имеющихся в наличии коек, вместо того, чтобы определять необходимое количество коек, учитывая профили заболеваний конкретного региона. Это и является причиной значительных отклонений фактической потребности в койках от существующей структуры коечного фонда. Такая ситуация чревата простоем коек одного профиля и переполненностью отделений другого профиля, что ведет к неэффективному расходованию средств. По данным Ю. Шевченко и А. Гурова [8], содержание пустующей койки обходится ЛПУ лишь на 25% дешевле занятой.

* Разрабатываемые в отдельных случаях медико-экономические стандарты (МЭСы) не учитывают и не могут учитывать новые лекарственные препараты, изменения стоимости лекарств, новые методы лечения.

На базе такого показателя, как использование койки, рассчитываются все коэффициенты эффективности работы ЛПУ. В частности, при оценке здесь используется «оборот койки», характеризующий ее использование для лечения больных (в днях). Чем больше занята койка, тем лучше, получается, работает ЛПУ.

Современная российская модель здравоохранения, хотя и сформировалась в результате более чем десятилетней реформы, но фактически является прямым продолжением советской государственной, директивной модели. Этот вывод подтверждается и анализом региональных систем финансирования здравоохранения. Для анализа мы выбрали два крупных города – Омск и Новосибирск. В первую очередь этот выбор связан с тем, что два этих статистически сопоставимых города используют разные схемы финансирования муниципального здравоохранения. В г. Омске муниципальное здравоохранение финансируется по «традиционной» системе «от койко-места», а в г. Новосибирске по «экспериментальной» системе «по законченному случаю».

Финансирование муниципального здравоохранения в г. Омске. Система «от койко-места»

Сеть оказания муниципальных медицинских услуг города Омска на 2007 год представлена 32 больничными учреждениями и 71 амбулаторно-поликлиническим учреждением. Среднегодовая численность населения около 1150 тысяч человек, естественная убыль населения составляет около 5 человек на 1000 населения, заболеваемость – 1,1 человека на 1000 населения, летальность 5,1 – на 1000 населения.

Система финансирования оказания медицинских услуг населению в г. Омске основана на оплате за проведенный койко-день. Данный способ оплаты использовался в СССР и продолжает использоваться в ряде регионов, в том числе и в г. Омске. Оплата в расчете на 1 койко-день позволяет, с одной стороны, экономно расходовать ресурсы, а с другой стороны, заставляет персонал максимально долго удерживать больного в больнице для уменьшения объема работы, связанной с приемом нового пациента, а также с целью уменьшения фактических расходов, поскольку они в последние дни госпитализации значительно меньше, чем в первые дни.

При использовании этого способа оплачивается каждый день пребывания больного в стационаре по заранее согласованным тарифам, которые могут быть едиными для всей больницы или дифференцироваться по профилям отделений или нозологическим формам заболеваний. До середины 1980-х годов этот метод был основным в большинстве стран с системой социального страхования или бюджетным финансированием. Он до сих пор широко используется в системе добровольного медицинского страхования. Некоторые страны ввели понижающие коэффициенты оплаты за дни, проведенные больным сверх определенного срока, однако это не дало существенных результатов в сокращении длительности пребывания больного на койке.

По г. Омску средним показателем пребывания в стационарах интенсивного лечения являются 12-14 дней, а оборот койки – 25-28 дней. Между тем в большинстве европейских стран данные показатели составляют 6-8 дней и 43-46 оборотов соответственно. Опыт некоторых больниц РФ (например, НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе), в том числе и г. Омска (например, ГК БСМП №1), показывает, что и в наших условиях реально достижимо сокращение средней длительности до 9 дней и увеличение оборота койки до 35-40.

Стоимость одного койко-дня определяется путем переговоров между плательщиком и больницей на основе деления планируемых финансовых ресурсов на эти цели на предполагаемое число койко-дней, которое могут провести больные в стационаре.

Плательщик контролирует больницу в отношении числа проведенных больным койко-дней, длительности госпитализации, оперативной активности и т.п. Если фактические показатели существенно отклоняются от предполагаемых, то это служит сигналом для проведения переговоров и уточнению показателей и тарифной стоимости койко-дня. На практике такая система означает, что в конце отчетного периода больница сдает статистические данные в Министерство здравоохранения, на основе которых составляются планы финансирования койко-мест на следующий год. При этом в условиях постоянного дефицита ресурсов финансирование этих смет зачастую происходит не полностью, а сами сметы заранее составляются с существенным дефицитом, финансирование которого предполагается из фондов добровольного медицинского страхования, то есть через больничную кассу. Тем самым чиновники фактически перекладывают затраты по лечению в бюджетном учреждении здравоохранения на пациентов, причем не в расчете на какие-либо лекарственные средства или услуги, а просто как некую недофинансированную сумму. Руководитель больницы вынужден изыскивать способы финансирования сметного дефицита, поскольку в силу специфичности медицинских услуг просто отказаться от их оказания больница не может. В таких условиях существует несколько способов покрытия дефицита финансирования:

1. Финансирование через больничную кассу (фонды ДМС). К сожалению, российская действительность такова, что платежеспособный спрос населения на медицинские услуги значительно ниже эффективного спроса. При этом больница не может отказать в оказании услуги пациенту по причине его неплатежеспособности. Привлечение средств ДМС происходит в основном через дифференциацию качества медицинской услуги (отдельные палаты, предоставление услуг сиделки, замена лекарственных средств на более дорогостоящие и т.д.). Однако такая дифференциация ограничена, с одной стороны, определенными обязательными требованиями по оказанию медицинской услуги со стороны государства, а с другой – возможностями самой больницы по повышению качества оказания медицинской услуги.

2. Завышение реального койко-дня. Такая практика позволяет больницам получать дополнительное финансирование из бюджета, поскольку при подаче отчетности в министерство крайне сложно установить завышение койко-дня, такое завышение всегда аргументировано медицинской необходимостью, а оценка действительной медицинской необходимости лежит скорее в области морали и этики, чем медицины и экономики. Такой способ получения сверхсметного финансирования, с точки зрения чиновника, управляющего больницей, проще и выгоднее, чем привлечение средств ДМС, что связано с развитием хозрасчетной системы и предпринимательства внутри бюджетного учреждения. Кроме того, завышение реального койко-дня позволяет сглаживать конфликты внутри коллектива, связанные с требованиями руководства выполнять работу быстро и качественно.

3. Спонсорская и меценатская помощь. В российской действительности обычно является нелегальным вариантом оплаты медицинских услуг через больничную кассу. В финансировании от койко-дня фактически открытыми остаются такие вопросы, как система нематериального стимулирования труда персонала, ремонт помещений больницы, проведение корпоративных праздников, мероприятий, внеплановое повышение квалификации персонала и пр. При этом отчетность по неотфинансированным со стороны бюджета мероприятиям подобного рода больничное учреждение несет в полной ме-

ре, что порождает необходимость изыскивать данные средства различными путями, частично из фондов ДМС, частично из спонсорской помощи.

Система финансирования от койко-места неудобна при расчетах с частными страховыми компаниями. В случаях, если один из плательщиков (страховых компаний) потребует занижения тарифа по отношению к своим пациентам, аргументируя это тем, что его клиенты более здоровые и требуют менее интенсивного лечения, использование данного метода оплаты становится проблематичным, так как тарифы рассчитываются по большой выборке и должны обеспечивать больнице в среднем примерно равный доход в расчете на одного пациента, несмотря на существенные различия в расходах при лечении различных больных, степень тяжести которых и объемы оказания помощи индивидуально разнятся.

Одним из способов ограничения длительности пребывания больного в стационаре при оплате за число проведенных койко-дней или при сметном финансировании является введение в договоры финансирования условий, лимитирующих этот показатель. В г. Омске такие ограничения в системе ОМС введены. При этом оплата осуществляется за число койко-дней, проведенных больным, не превышающее согласованную в начале года среднюю длительность пребывания по профилю отделения, в некоторых случаях в зависимости от нозологии или группы нозологических форм. Устанавливают некоторые пределы допустимых отклонений, так как средний показатель, безусловно, не может отражать все особенности лечения конкретного больного. Например, во многих случаях при длительности пребывания конкретного больного до 110% согласованной величины тарифа оплачивается 100% тарифа одного койко-дня за каждый день госпитализации. При длительности пребывания от 110 до 120% оплачивается полный тариф за первые 110% и 70-80% за каждый день, превышающий 110% согласованной длительности. При дальнейшем увеличении длительности госпитализации до 130-140% оплачивается 50% согласованного тарифа, а все дни сверх 130-140% согласованной длительности не оплачиваются совсем (подробнее см. [9]). Таким образом выглядят нормативы по оплате. В реальности в г. Омске существует следующая ситуация:

1. При утвержденной тарифной сетке Министерство здравоохранения не в состоянии отфинансировать 100% сметы, составленной на начало отчетного года. Например, по данным ГК БСМП №1, начиная с 2002 г. объем сметного финансирования больницы не превышал 78% от заявленного, в целом же по городу, по оценкам экспертов, этот процент составляет не более 80. Министерство здравоохранения такой статистики не ведет.

2. От фактически заявленных тарифы по койко-дням в среднем по городу с 2003 по 2007 г. составляют от 115 до 140%, в зависимости от загруженности больницы, особенностей нозологий, эффективности управления и пр. Тенденция к превышению данных тарифов в течение 5 лет говорит о том, что либо устарела тарифная сетка, либо снизилась эффективность предоставления медицинских услуг. Если принять за 100% минимальный фактический порог в 115%, то с учетом недофинансирования минимум в 20% общий процент реального дефицита составляет не меньше 35%, то есть от 35% объемов финансирования муниципальных учреждений здравоохранения должно проводиться этими учреждениями на хозрасчетной основе.

Главная задача, на текущий момент, при расчете сметного финансирования больницы от койко-дня – это контроль за оборотом койко-дней. Фактически, при установлении смет и бюджета от койки пациент как объект приложения усилий вообще выпадает из анализа. По текущим нормативам и правилам при расчете бюджета ЛПУ учи-

тываются только три переменные – количество пролеченных больных, суммарное количество койко-дней и среднее пребывание в больнице. При этом в системе от койко-места нормативным (фиксированным) является второй показатель (койко-дни), а значит при любом изменении качества лечения (например, при ускорении оборота койки) ЛПУ не получит дополнительного финансирования. Так, снижение показателя «среднее пребывание в больнице» автоматически означает увеличение количества пролеченных больных, но никак не влияет на норматив по койко-дням, а значит никак не влияет и на уровень финансирования.

Хотелось бы отметить при анализе системы финансирования работы амбулаторно-поликлинических учреждений, что существующая система оплаты в г. Омске по смете в расчете на одно посещение мало чем отличается от оплаты лечения в стационаре через расчет нормативного койко-дня. Разница состоит только в единице учета. В стационаре таковой является запланированный (сметный) койко-день, а в амбулатории и поликлинике – запланированное (сметное) посещение.

В качестве вывода можно выделить достоинства и недостатки финансирования стационарных учреждений здравоохранения через койко-день и амбулаторно-поликлинической службы через посещение.

Достоинства:

1. Расходы заранее предсказуемы.
2. Административные расходы минимальны.
3. Возможна аккумуляция дополнительных средств для других видов услуг, за счет прироста налоговых поступлений в течение года сравнительно с запланированными, занижения тарифов и невыполнения объемных показателей отдельными ЛПУ.

Недостатки:

1. Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья населения и в эффективном использовании средств.
2. Невозможность полного контроля за злоупотреблениями и преувеличением необходимого объема оказания услуг.
3. Стремление медицинских работников отправить пациентов в другие учреждения и к другим специалистам, так как тарифы на оказание медицинских услуг утверждаются на уровне министерства и доход отдельно взятого медика практически не зависит от качества и количества выполненной им работы.
4. Возможно сокращение объемов и качества медицинской помощи отдельным пациентам при недостатке бюджетного финансирования и неплатежеспособности пациента.
5. Непрозрачность распределения средств муниципального здравоохранения. Возможность лоббирования привлечения дополнительных средств в неэффективные структуры здравоохранения (например, финансирование сельских ЛПУ за счет сокращения финансирования городских).

Финансирование муниципального здравоохранения в г. Новосибирске.

Система «по законченному случаю»

Сеть учреждений здравоохранения г. Новосибирска представлена 30 больницами и 52 амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Среднесписочная численность

населения составляет около 1300 тысяч человек, естественная убыль населения 4,1 человека на тысячу, заболеваемость – 1,32, летальность – 1,7.

Система финансирования работы муниципальных учреждений стационарного лечения основана на оплате за пролеченного больного, также эта система называется «по законченному случаю». Больные группируются в зависимости от диагноза и стоимости лечения в клинко-статистические группы (КСГ). Формирование КСГ осуществляется на основе данных о длительности госпитализации больных с различными заболеваниями и средних затратах на одного больного в день в стационаре в целом или отделениях различного профиля. При этом делается допущение, что для больных с различной патологией, получающих лечение в одном и том же отделении, стоимость 1 койко-дня будет одинаковой и особенности общих затрат будут определяться лишь длительностью госпитализации. Рассчитанная однажды стоимость каждой КСГ служит базой для последующего пересмотра в связи с введением новых финансовых форм, повышением зарплаты работников, инфляцией и т.п.

В отличие от системы оплаты муниципальных медицинских услуг за койко-день в системе оплаты по законченному случаю обсчитывается стоимость лечения каждого конкретного больного. Фактически рассчитывается себестоимость лечения по каждому случаю, учитываются осмотры врача, зарплата, коммунальные услуги, расходы и все доходы (из фондов ОМС в пределах тарифа по нозологии по законченному случаю, из фондов ДМС, платные услуги, договоры). На каждого больного заводится финансовая карточка, в которой происходит учет всех затрат на лечение и всех полученных средств. Это позволяет увидеть экономическую эффективность лечения и косвенно качество медицинской помощи, так как убыточность лечения больного обычно обусловлена:

- удлинением сроков пребывания больного,
- перерасходом медикаментов,
- большим количеством исследований,
- штрафными санкциями.

Каждый убыточный случай лечения является предметом для анализа и разбора руководства больничного учреждения.

Конкретный расчет стоимости лечения одного больного позволяет решать вопрос тарифов и объемов оказания медицинской помощи. Тариф ОМС и бюджетное финансирование определяют объем медицинского стандарта, все, что не обеспечивается таким финансированием, должно быть компенсировано за счет платных услуг. Пациент имеет право добровольно финансировать свое лечение полностью или частично, включая и те виды, которые оговорены в обязательном стандарте.

Больницам устанавливается финансовый план, который складывается из суммы следующих расчетных поступлений:

1. ОМС – пребывание больного по медико-экономическим стандартам (МЭС) для каждой КСГ.
2. Бюджет финансирует заработную плату медицинского персонала по базовой тарифной сетке.
3. Из прочих источников финансируются дополнительные выплаты сотрудникам, бюджеты развития, дополнительные медикаменты и т.п.

Больничное учреждение может заработать дополнительные денежные средства двумя способами:

1. Высвобождение средств из фонда ОМС через сокращение среднего пребывания больного (без штрафных санкций).

2. Оказание платных услуг, либо работа по договорам. При этом расходы на оказание этих услуг не должны превышать доходы.

Больничным учреждениям фонд ОМС выделяет лимит на медикаменты в денежном выражении, а больницы сами решают, какие медикаменты и в каком количестве закупать. Ежемесячно проводится тендер по закупке. Ограничений использования денег по статьям из тарифа ОМС нет. При этом в качестве лечения больницы ограничены МЭС.

Система финансирования по законченному случаю позволяет проводить мгновенный контроль в разрезе конкретного больного, врача, отделения, расчет и контроль по платным услугам, и многое другое.

На практике сложность такого учета для каждого больничного учреждения состоит в том, что необходим строгий контроль и опись всех расходов по лечению больного. При этом в России не существует единой базы данных по стоимости тех или иных услуг и медикаментов. Каждое лечебное учреждение решает эту проблему различными способами, обычно путем составления собственных баз.

В большинстве стран мирового сообщества эту проблему решила типология больных по диагностически связанным группам (ДСГ). Это группы, содержащие одинаковых (или примерно одинаковых) по характеру патологического процесса и по уровню потребления больничных ресурсов пациентов. ДСГ – это единый справочник, объединяющий Международный классификатор болезней (МКБ-10) и детализированную стоимость каждого стандарта, индексируемую по определенным правилам, формулам и срокам.

Что касается учета доходов в системе финансирования по законченному случаю, то хотелось бы отметить, что эта система стимулирует предпринимательскую активность больничных учреждений, так как внебюджетные доходы напрямую связаны с фондом заработной платы работников. Динамика расходов муниципальных учреждений здравоохранения в разрезе источников финансирования в г. Новосибирске выглядит следующим образом (см. табл. 1):

Таблица 1

Расходы на здравоохранение в г. Новосибирске по источникам финансирования в 2006- 2007 гг.*

Источники финансирования	Сумма, млн. руб. 2006 г.	Доля в общих расходах, %	Сумма, млн. руб. 2007 г.	Доля в общих расходах, %	Индекс роста к 2006 г.
Средства бюджета	989,7	25,0	1377,6	28,0	1,39
Субвенции	465,6	12,0	549,6	11,0	1,18
Доходы от платных услуг	531,6	13,0	467,4	10,0	0,87
Средства ОМС	1978,0	50,0	2440,6	51,0	1,23
Всего	3964,9	100,0	4835,2	100,0	1,21

* Источник данных: Бюллетень Министерства здравоохранения по г. Новосибирску. Новосибирск: Минздрав, 2007.

Как видно из табл. 1, доходы от платных услуг составляют от 10 до 13%. Для сравнения: по г. Омску эта доля не превышает 7,2% (см. табл. 2).

В амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Новосибирска используется тот же метод оплаты по смете за посещение одного пациента, что и в г. Омске.

Таблица 2

Расходы на здравоохранение в г. Омске по источникам

финансирования в 2006- 2007 гг.*

Источники финансирования	Сумма, млн. руб. 2006 г.	Доля в общих расходах, %	Сумма, млн. руб. 2007 г.	Доля в общих расходах, %	Индекс роста к 2006 г.
Средства бюджета	2266,038	69,4	2611,21	69,40	1,15
Субвенции	16,099	0,5	10,665	0,28	0,66
Доходы от платных услуг	234,508	7,2	270,040	7,2	1,15
Средства ОМС	748,553	22,9	870,539	23,14	1,2
Всего	3265,199	100,0	3762,455	100,00	1,15

* Источник данных: Бюллетень Министерства здравоохранения по г. Омску. Омск: Минздрав, 2007.

Можно выделить достоинства и недостатки финансирования по законченному случаю. К достоинствам относится:

1. Небольшой объем административных расходов.
2. Медицинские работники заинтересованы в сокращении сроков лечения.
3. Объем расходов в определенной степени предсказуем.
4. У врачей отсутствует стимул к гипердиагностике.
5. Готовность больниц к использованию этого метода.

Недостатки:

1. Возможно необоснованное сокращение объемов оказываемой помощи, в том числе досрочная выписка из стационара.
2. У врачей есть стимул к манипуляции диагнозами, с целью отнести больного к группе с более дорогостоящей оплатой лечения.
3. Возможны отказы в лечении тяжелых больных, если это лечение существенно превышает тарифы, а сам больной неплатежеспособен.

Сравнительный анализ систем финансирования муниципального здравоохранения в г. Омске («от койко-места») и в г. Новосибирске («по законченному случаю»)

При сравнительном анализе систем финансирования муниципальных медицинских услуг г. Омска и г. Новосибирска учитывалась сопоставимость объектов анализа по следующим критериям:

1. География региона – Омская и Новосибирская области имеют общую границу, существенных отличий в природно-климатических условиях нет.
2. Население – среднее отклонение по численности населения не превышает 10%.
3. Демография – среднее отклонение показателя рождаемости не превышает 2%, среднее отклонение показателя смертности не превышает 3%, среднее отклонение естественной убыли населения не превышает 9% (см. рис. 1).
4. Сальдо механического прироста населения – не отличается от среднего по России. И в г. Омске, и в г. Новосибирске составляет 0,02 человека на 1000 населения.

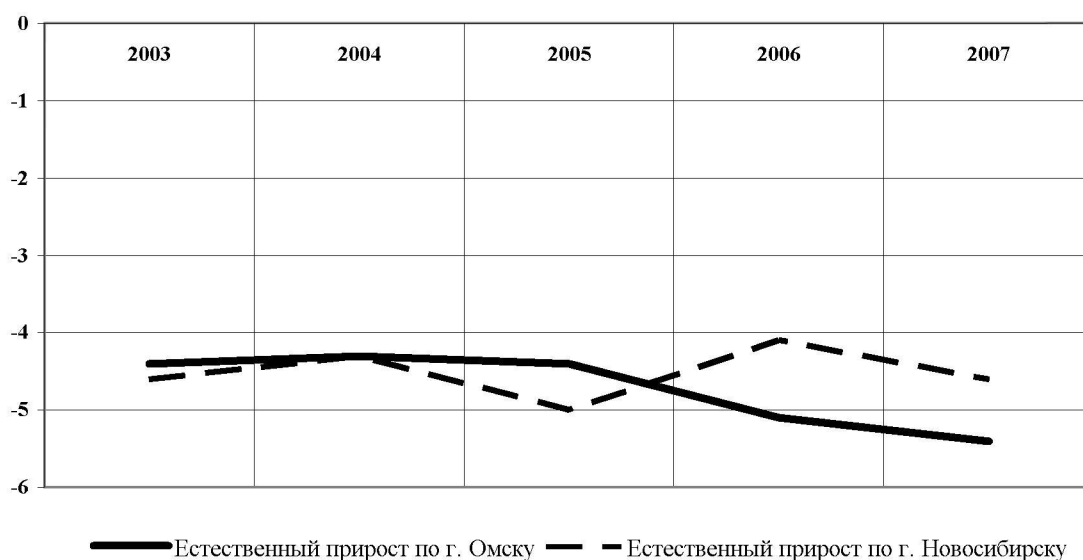


Рис. 1. Сравнение демографических показателей по г. Омску и г. Новосибирску за 2003-2007 гг.

5. Финансирование учреждений здравоохранения из средств бюджета и ОМС. Финансовые потоки по объемам также сопоставимы – среднее отклонение составляет не более 9% (см. рис. 2).

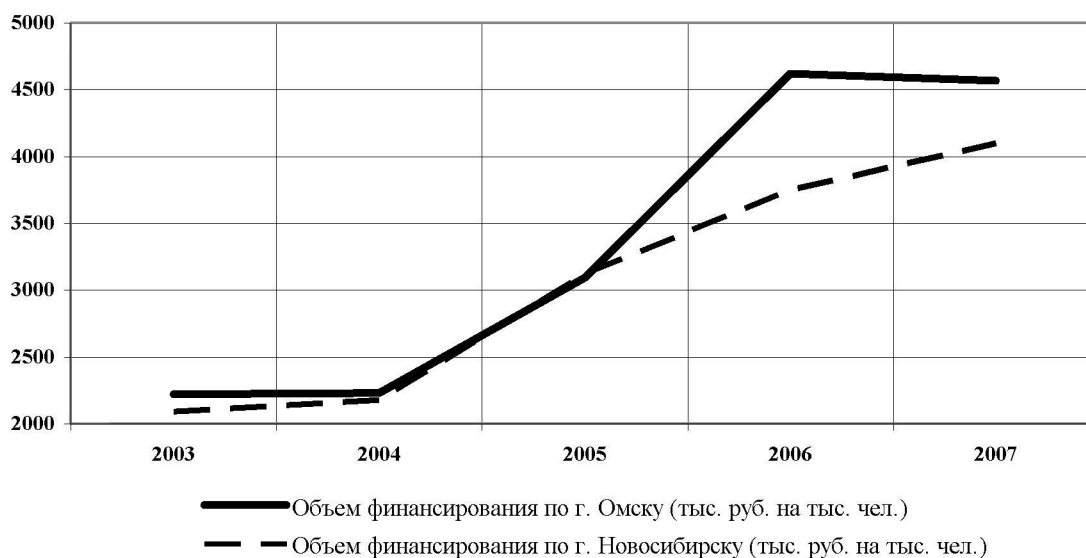


Рис. 2. Финансирование муниципального здравоохранения по г. Омску и г. Новосибирску за 2003-2007 гг.

6. Сеть учреждений здравоохранения. В общем виде сравнение сетей здравоохранения по г. Омску и г. Новосибирску представлено в табл. 3. Из данной таблицы видно, что сети учреждений здравоохранения практически идентичны.

Таблица 3

**Сравнение сети учреждений здравоохранения г. Омска и г. Новосибирска
в среднем за 2003-2007гг.**

Показатели	г. Омск	г. Новосибирск
Больничные учреждения	32	30
Амбулаторно-поликлинические учреждения	71,3	52,7
Обеспеченность круглосуточными больничными койками на 10000 населения	63,8	91

После проведенного анализа выявлены следующие существенные различия и особенности систем на статистическом уровне:

1. Заболеваемость за исследуемый период в г. Омске и г. Новосибирске была примерно одинакова. Среднее отклонение составляет не более 10%. Динамика заболеваемости представлена на рис. 3.

2. Доходы от оказания муниципальными лечебными учреждениями платных услуг по г. Омску практически в полтора раза ниже, чем по г. Новосибирску.

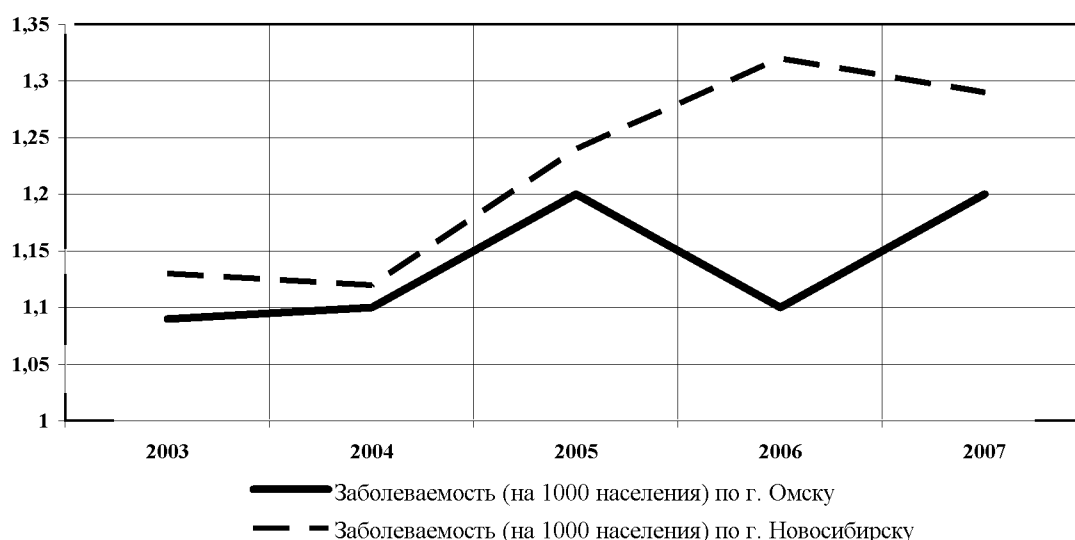


Рис. 3. Заболеваемость по г. Омску и г. Новосибирску за 2003-2007 гг.

После проведения статистического анализа возможно объективное сравнение систем оплаты муниципальных медицинских услуг в г. Омске и г. Новосибирске.

При предоставлении муниципальных медицинских услуг наиболее значимым фактором является тарифная политика в целом и ее основные элементы: структура тарифов, размер тарифов, система оплаты. В большинстве развитых стран наиболее приемлемой оплатой лечения, как и в России, считается оплата за пролеченного больного. При этом перед тарифной политикой формулируются следующие задачи:

1. Стимулирование интенсивного использования коечного фонда.
2. Адекватное возмещение затрат на лечение (не ниже себестоимости).
3. Ограничение необоснованной госпитализации.

К сожалению, в настоящее время в отечественной литературе и нормативных документах цели тарифной политики пока не определены. Однако анализ фактически сложившейся в регионах, в том числе в г. Омске и г. Новосибирске, тарифной политики сви-

детельствует, что подобный вопрос нуждается в серьезном осмыслении. Хотелось бы остановиться на нескольких проблемных точках формирования тарифной политики в РФ.

1. Структура тарифов. В большинстве регионов, в том числе в г. Омске, до настоящего времени значительную долю составляет прямое бюджетное финансирование. Напрямую из бюджета финансируется заработная плата с начислениями и коммунальные платежи – то есть основная часть условно-постоянных затрат – примерно 75%. В результате учреждения лишаются экономических стимулов к увеличению числа пролеченных больных, сокращению длительности их пребывания на больничной койке. Если же прибавить к этому тот факт, что в ряде субъектов большая часть медикаментов поступает в лечебные учреждения по централизованным поставкам, по разнарядкам, то становится очевидным, что никакого перехода от бюджетно-сметного финансирования к страховой модели не произошло, а оплата по-прежнему осуществляется за содержание учреждения, а не за фактические объемы помощи. Опыт г. Новосибирска (а также г. Самары и г. Санкт-Петербурга) свидетельствует, что в тех территориях, где в структуру тарифов включены все основные условно-переменные и условно-постоянные затраты, появляются реальные стимулы к увеличению числа пролеченных, к интенсификации использования коечного фонда.

2. Размеры тарифов. В данном случае речь идет не о том, высокие они или низкие. В большей степени это касается отражения затрат на лечение пациентов разных профилей. Данная проблема присутствует и в системе финансирования от койко-места, и в системе оплаты по законченному случаю и связана с отсутствием адекватных стандартов по оплате лечения. Тарифы, исчисленные на основе Методических рекомендаций по формированию территориальных программ государственных гарантий, существенно отличаются от фактических затрат по конкретным профилям. При этом для блока «терапевтических» профилей рентабельность составляет 60-80%, а для «хирургических» она отрицательная. В результате, экономическое положение учреждения ставится в прямую зависимость от структуры коечного фонда. Причем, чем меньше в структуре технологически емких профилей, тем это экономически выгодней.

3. Система оплаты. Анализ системы оплаты муниципальных медицинских услуг в г. Омске свидетельствует о том, что в большинстве случаев размер оплаты напрямую зависит от длительности пребывания пациента в больнице (поликлинике). При этом полный тариф, как правило, выплачивается, только если фактическая длительность пребывания составила не менее 75-80% от нормативной длительности. Подобная схема практически полностью лишает лечебные учреждения стимулов к сокращению длительности пребывания, внедрению принятых во всем мире современных форм организации: стационаров дневного пребывания, центров амбулаторной хирургии и т.п. Иной формой ограничений принята оплата на основании жесткого плана по пролеченным больным, когда сверх нормы времени пролеченные пациенты вообще не оплачиваются, или оплачиваются по заниженным тарифам.

Причины и последствия доминирования «устаревших» схем финансирования муниципального финансирования в России

Очевидны преимущества системы финансирования муниципального здравоохранения «по законченному случаю» над системой «от койко-дней». Остается открытым вопрос, почему не происходит массовый переход регионов от одной системы к другой (на текущий момент полностью на эту систему перешли только 5 городов РФ).

В сложившихся условиях контроль осуществляется не за качеством лечения, а за количеством отработанных койко-дней. Предполагалось, что внедрение страховых медицинских организаций, имеющих в своем составе врачей-экспертов, приведет к положительным изменениям в области контроля за качеством лечения и затратами. Однако ожидаемые результаты не были достигнуты. Врачи-медэксперты не были заинтересованы ни с финансовой, ни с моральной точки зрения в проведении тщательных экспертиз.

Как уже отмечалось, СМО не могли претендовать на «сэкономленные» средства, а, следовательно, не были заинтересованы в стимулировании персон, осуществляющих экспертизу. При возникновении конфликта интересов «врач – пациент», а мы говорим именно о такой форме столкновения интересов, т.к. конфликт ЛПУ – СМО не мог возникнуть, эксперты неизменно занимали позицию врачей, поскольку иначе это грозило им «отлучением» от коллектива коллег в будущем. Таким образом, говорить о положительных результатах реформы в области контроля качества лечения и затрат не приходится [5].

Поскольку от объема коечного фонда зависит объем финансирования ЛПУ, в общественном здравоохранении имел и до сих пор имеет место определенный перекоп в сторону увеличения коечного фонда и стационарного лечения. Однако стационар является более дорогим и неэффективным по сравнению с амбулаторным лечением: приходится тратить дополнительные средства на содержание зданий, питание больных и т.д.

Практика подтверждает, что в стационаре зачастую находятся пациенты, которых можно лечить в амбулаторных условиях с тем же качеством. Кроме того, пациенты лечатся в стационаре до полного выздоровления, что крайне нерационально. После обследования и интенсивного лечения пациенты в большинстве случаев должны долечиваться в дневных стационарах при поликлиниках.

Изменение структуры коечного фонда могло бы позволить сократить расходы лечебно-профилактических учреждений без потери качества оказываемой медицинской помощи.

С помощью перевода части коек стационара в дневной стационар, не снижая объема медицинского обслуживания жителей, можно было бы создать возможность для амбулаторно-поликлинического сектора принять на себя поток больных, который не будет направлен на стационарное лечение или вернется из стационара на долечивание.

Несмотря на то, что переход к преимущественно амбулаторному лечению позволит сэкономить значительные финансовые средства, фактически сокращение коек и переход к практике амбулаторного лечения в условиях планирования, основанного на объеме коечного фонда, означают для ЛПУ сокращение финансирования. Естественно, что это также определяет мотивацию поведения административно-управленческого персонала ЛПУ, не заинтересованного в сложившихся условиях в переходе от стационарного к преимущественно амбулаторному лечению. И именно ориентация планирования на койко-дни способствует такому состоянию дел.

Еще одна причина нежелания административно-управленческого персонала ЛПУ сокращать стационарный коечный фонд кроется в существующей подсистеме планирования. Объем финансирования напрямую зависит не только от количества коек, но и от разряда ЛПУ, который также определяется объемом коечного фонда.

Нормативы определяют необходимое число врачей в отделении, что в свою очередь обуславливает количество должностей заведующих отделений.

Сокращение в ЛПУ коечного фонда означает уменьшение числа должностей более высокого уровня. Разумеется, что административно-управленческий персонал не заинтересован в потере своих рабочих мест, поскольку это влечет за собой и пониже-

ние «статуса», и снижение заработной платы. Основой организационной структуры, определяющей распределение власти, является все тот же нормативный расчет, базирующийся на количестве койко-дней.

При анализе системы контроля качества мы уже говорили о нормативном подходе к формированию организационной структуры лечебно-профилактических учреждений. Такой подход обуславливает жесткую привязку количества «престижных» должностей к объему коечного фонда. Из этого следует, что в ЛПУ с небольшим объемом коечного фонда отсутствуют перспективы карьерного роста.

Система распределения, основанная, опять же, на нормативном количестве койко-дней на тысячу жителей, предоставляет гарантированный объем финансирования вне зависимости от таких результатов деятельности, как число выздоровевших человек или качество лечения. Пациент не имеет возможности свободного выбора ЛПУ или врача. Действует механизм «привязки» пациентов к месту жительства (участковые врачи).

Соответственно, инновации в сфере здравоохранения проводятся не для улучшения качества обслуживания, а по приказу «сверху». Внедрение новых методов лечения происходит медленно, преодолевая множество бюрократических препятствий.

К сожалению, ситуация не изменилась, несмотря на то, что на начальном этапе реформирования были сделаны «осторожные шаги» по пути предоставления пациенту более свободного выбора лечебно-профилактического учреждения. Так, в первом варианте закона «О медицинском страховании граждан РФ» от 28.06.1991 N 1499-1 предусматривался свободный выбор пациентом лечебно-профилактического учреждения или врача.

На практике сразу же возникло ограничение данной «свободы». Фактически пациент мог выбрать лишь то ЛПУ, с которым у СМО был заключен договор на предоставление медицинских услуг. Как уже отмечалось, данный договор, предусматривающий финансирование из Фонда обязательного медицинского страхования, заключался только с государственными ЛПУ. Частные клиники не были допущены в «круг» получателей средств по ОМС.

При существующей социальной инфраструктуре населенных пунктов РФ, формировавшейся во времена СССР, когда в большинстве городов было одно государственное ЛПУ, не говоря уже о сельских медпунктах, где был порой вообще единственный врач, такое «ограничение» четко привязывало жителей к местным ЛПУ. Так что ни о какой конкурентной среде речи нет и быть не могло.

Государственные ЛПУ, будучи единственными претендентами на получение средств из фондов обязательного медицинского страхования, долгое время не ощущали на себе конкурентную борьбу с частными медицинскими учреждениями. Только теперь, когда лучшие специалисты из-за низкого уровня доходов начинают покидать государственные учреждения и пытаются открывать частную практику, что практически невозможно при искусственных административных барьерах входа на этот рынок, можно говорить о становлении конкурентных отношений в сфере оказания медицинских услуг.

Однако эта конкуренция между бюджетными и частными ЛПУ осуществляется далеко не на всех уровнях. Борьба ведется за потребителей платных медицинских услуг. В то время как неработающее население и рядовые налогоплательщики остаются «заложниками» обязательного медицинского страхования.

В существующих условиях низкого уровня конкуренции внедрение инноваций проводится очень медленно, а, главное, в основной своей массе директивно, искусственно.

Подводя итоги анализа современной российской модели муниципального здравоохранения, можно сказать, что несистемность проводимых реформ и является основ-

ной причиной провала перехода от государственной к социально-страховой модели организации системы муниципального здравоохранения. Таким образом, современная экономическая модель муниципального здравоохранения практически не отличается от ее советского аналога, соответственно и проблемы директивного управления остаются неизменными. В первую очередь – это проблема косности, негибкости системы, процессы управления складываются по иерархической вертикали чиновников, которые более всего заинтересованы в сохранении собственного финансового положения и власти. С экономической точки зрения первопричиной проблем современного российского муниципального здравоохранения является изначально неправильная постановка задач планирования и финансирования, основанная на советских плановых методах. Даже при условии проведения в ряде регионов экспериментов по переходу на более «рыночную» структуру здравоохранения, не существует отработанных методик оценки эффективности работы здравоохранения как социально значимого блага, что не позволяет рекомендовать к внедрению те или иные результаты по изменению плановых принципов работы по охране здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Головнина Н., Ореховский П. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы // Общество и экономика. 2005. №6.
2. Сурин А., Соколов М., Полубенцева Е. Государственные проекты и программы // Вестник МГУ. Сер. 21. Управление (государство и общество). 2006. №3.
3. Панфилова Е., Каракулова Е., Ленская Л., Малаховская М. О проблемах здравоохранения и потребности общества в здоровье // Здравоохранение в РФ. 2006. №3.
4. Ахмадеев А., Харисова, И., Салихова, Э. Рыночные ожидания и предпочтения населения в современной медицине // Экономика и управление. 2000. №1. С. 23-31.
5. Зиборова И. Обязательное медицинское страхование и его роль в решении экономических проблем здравоохранения // Вестник МГУ. Сер. 6. Экономика. 2000. №1. С.13-19.
6. Тогунов И. Сегментация рынка медицинских услуг как степень доступности медицинской помощи // Здравоохранение в РФ. 2000. №3. С.8-19.
7. Шишкин С. Дилеммы реформы здравоохранения // Вопросы экономики. 2000. №3. С.32-41.
8. Шевченко Ю., Гуров А. Экономика медицинского обеспечения. СПб.: Наука, 2002.
9. О методических рекомендациях по расчету тарифов на оказание амбулаторно-поликлинической помощи: Приказ ФФОМС РФ № 72 от 12.10.95 // Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в РФ. М.: ФФОМС, 1996. Т. 3.