

61:06-8/2058

На правах рукописи

ЕСЕВА ЖАННА ВЛАДИМИРОВНА

**ИННОВАЦИИ В СИСТЕМЕ
ФИНАНСИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Специальность 08.00.05 – Экономика и управление народным хозяйством (управление инновациями и инвестиционной деятельностью), 08.00.10 – Финансы, Денежное обращение и кредит

Диссертация на соискание ученой
степени кандидата экономических наук

Москва - 2006

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Концептуальные основы управления инновациями в системе финансирования учреждений здравоохранения	10
1.1. Характеристика современной конъюнктуры финансовых потоков в здравоохранении	10
1.2. Институциональные аспекты финансирования медицинских услуг	20
1.3. Зарубежный опыт построения механизмов финансирования деятельности медицинских организаций	43
2. Оценка действующей системы финансирования медицинских услуг и способов инновационного развития ее финансово-инвестиционных потоков	63
2.1. Предпосылки формирования финансовых условий оказания медицинских услуг: конфигурация интересов	61
2.2. Классификационная характеристика методов оплаты медицинских услуг в рамках ОМС	72
2.3. Методологические аспекты формирования глобального бюджета как перспективной системы финансирования учреждений здравоохранения	88
3. Разработка механизма финансирования учреждения здравоохранения (на примере МУЗ ГКБ №8 г. Иркутска)	104
3.1. Формирование показателей глобального бюджета стационара: инновационный подход	104
3.2. Оценка социальной эффективности предложенного механизма страхового финансирования	126
Заключение	141
Список использованных источников	146
Приложения	159

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Современные проблемы становления социально-ориентированной рыночной экономики определяют необходимость развития общественного сектора, и, как следствие, приоритетность исследований в данной области.

Созданная в России система здравоохранения была ориентирована на массовое применение относительно простых и недорогих медицинских технологий. Развитие медицинской науки и фармацевтики значительно расширило возможности лечения многих заболеваний и, соответственно, обусловило рост потребностей населения в получении услуг более высокого качества.

Совершенствование системы финансирования здравоохранения позволяет, с одной стороны, обеспечить решение социальных, экономических и организационных проблем отрасли, с другой - способно оказывать положительное влияние на уровень здоровья населения. Опыт формирования механизмов финансирования медицины свидетельствует о том, что последнее должно основываться на системном научном планировании, позволяющем на базе полученной информации формировать оптимальные пути перспективного развития медицинских учреждений посредством анализа ретроспективных данных, экзогенных и эндогенных связей отрасли.

Актуальность настоящего исследования подчеркивается также и тем, что ссылки на недостаточное страховое финансирование здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обслуживания зачастую служат самооправданием для медицинских работников и руководителей учреждений здравоохранения в связи со снижением качества медицинских услуг, на получение которых

граждане могут рассчитывать без дополнительной оплаты. В то же время имеющиеся страховые средства расходуются неэффективно, направляясь на поддержание избыточного фонда койко-дней стационарных медицинских учреждений в ущерб необходимому развитию организации предоставления медицинской помощи.

Таким образом, в настоящее время имеют место непоследовательность выбора приоритетных направлений оптимизации системы страхового финансирования здравоохранения и низкая результативность влияния отдельных институциональных регуляторов на функционирование отрасли. Эффективное же развитие общественного сектора, и, в частности, системы здравоохранения в современных российских условиях предполагает необходимость разработки механизма прямого и косвенного регулирования финансовых потоков между субъектами отрасли, направленных на преодоление кризисной ситуации и повышение эффективности медицинской помощи.

Степень изученности проблемы. Проблемам использования различных методов и механизмов страхового финансирования учреждений здравоохранения посвящено значительное количество научных работ, монографий, аналитических обзоров и прогнозов известных российских ученых и практиков: Анисимова В., Богатовой Т.В., Потапчика Е.Г., Чернец В.А., Чириковой А.Е., Шиловой Л.С., Шишкина С.В., Исаковой Л. Е., Шеймана И. М., Бабарыкиной С. В., Ентова Е. А., Зельковича Р. М., Лебедевой Н. Н., Макаровой Т. Н., Омельченко В. Н., Степанова С. В., Шароновой В.Н. и др. Среди зарубежных исследователей данной проблематики следует отметить Arrow K.J., Culter D.M., Donelan K., Blendon K.R., Schoen C., David K., Binns K., Drummond M., Maynard A., Jones C.I. и др. Однако, мнения современных исследователей о предпочтительности использования тех или иных принципов и методов

финансирования здравоохранения с целью повышения социально-экономической эффективности функционирования отрасли неоднозначны.

Сложность и многоаспектность поставленной проблемы в условиях формирования социально-ориентированной экономической системы в России и предопределили выбор темы диссертационной работы.

Целью исследования явилась разработка эффективного механизма внедрения организационных инноваций в систему финансирования учреждений здравоохранения, способствующего повышению качества предоставления медицинских услуг населению за счет изменения структуры и функций управления его финансово-инвестиционными потоками.

Поставленная цель работы предполагала необходимость решения следующих задач:

1. Дать характеристику современной системы финансирования учреждений здравоохранения и конъюнктуры финансово-инвестиционных потоков в отрасли;
2. Рассмотреть институциональные аспекты внедрения инноваций в систему финансирования учреждений здравоохранения;
3. Систематизировать зарубежный опыт инновационного развития системы финансирования учреждений здравоохранения;
4. Провести анализ способов финансирования медицинских услуг и определить условия инновационного развития финансово-инвестиционных потоков учреждений здравоохранения;
5. Изучить механизм формирования глобального бюджета учреждений здравоохранения и рассмотреть возможность перераспределения финансово-инвестиционных потоков на основе внедрения его организационных инноваций.
6. Предложить систему финансирования учреждений здравоохранения на примере внедрения организационных

инноваций в Государственную клиническую больницу № 8 г. Иркутска;

7. Провести анализ социальной эффективности от внедрения организационных инноваций в систему финансирования учреждений здравоохранения.

Объектом диссертационного исследования являются механизмы инновационного развития на макроуровне - отрасли здравоохранения РФ, на микроуровне – муниципального учреждения здравоохранения Государственная клиническая больница №8 г.Иркутска.

Предмет исследования – организационно-экономические отношения, возникающие при разработке и внедрении инноваций в системе финансирования учреждений здравоохранения.

Теоретической и методологической основой диссертационного исследования послужили научные труды и монографии отечественных и зарубежных ученых и практиков по данной проблематике. Эмпирической базой исследования явились статистические и аналитические материалы Государственного комитета РФ по статистике, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Министерства финансов РФ, Министерства экономического развития и торговли РФ, Института экономики переходного периода, Института экономических исследований, Института финансовых исследований, Экспертного института, Центра развития, статистическая отчетность МУЗ ГKB №8 г.Иркутска. Нормативную основу работы составили действующие федеральные и региональные нормативно-правовые акты.

В процессе изучения и обработки материалов применялись следующие методы экономических исследований: абстрактно-логический, эмпирический, метод экспертных оценок, использовались приемы структурно-функционального и статистического анализа и моделирования.

Научная новизна исследования заключена в разработке и

методическом обосновании механизма инновационного развития системы финансирования учреждений здравоохранения, суть которого состоит в перераспределении нагрузки по статьям его глобального бюджета с целью повышения социально-экономической эффективности функционирования учреждений отрасли и улучшения качества медицинских услуг за счет эффективности управления финансово-инвестиционными потоками субъектов здравоохранения.

В частности, в диссертационном исследовании получены следующие научные результаты:

1. Реализован системный подход к управлению инновациями в системе финансирования учреждений здравоохранения, основанный на стимулировании финансово-инвестиционных потоков в части применения новых технологий и проектов развития предприятий отрасли и направленный на выявление скрытых резервов, использование которых повлечет повышение социально-экономической эффективности развития отрасли.

2. Доказана необходимость инновационных преобразований в существующей системе финансирования учреждений здравоохранения, базирующаяся на сокращении нецелевого использования средств по проектам и программам повышения качества медицинских услуг за счет увеличения аппаратных методов диагностики, совершенствования технологий превентивного обследования пациентов, сокращение необоснованных госпитализаций и использования новых препаратов, проводимых посредством перераспределения резервных средств финансирования.

3. Определены и обоснованы условия инновационного развития финансово-инвестиционных потоков учреждений здравоохранения, основанные на повышении качества медицинских услуг за счет комбинированного использования различных источников их финансирования (средств государственного бюджета, средств

обязательного медицинского страхования и взносов частных лиц) и распределения нагрузки между ними в зависимости от параметров социально-экономического развития отрасли.

4. Разработан механизм финансирования медицинских услуг, суть которого состоит в перераспределении средств по статьям глобального бюджета учреждений здравоохранения на основе внедрения организационных инноваций в его текущей деятельности, что позволило эффективно использовать средства обязательно медицинского страхования и стимулировать процесс реструктуризации предприятий отрасли.

5. На основе анализа финансово-инвестиционных потоков ГКБ №8 г. Иркутска сформулированы предложения по повышению качества медицинских услуг за счет использования коэффициентов медицинской результативности, эффективности диагностической работы, эффективности лечебной деятельности, дефектности медицинского вмешательства и социальной удовлетворенности, совместное использование которых позволило определить приоритеты повышения эффективности использования финансовых ресурсов субъектов здравоохранения.

Практическая значимость проведенного исследования состоит в том, что основные выводы по результатам работы могут быть использованы для совершенствования системы финансирования учреждений здравоохранения, в части повышения инновационной активности субъектов отрасли, улучшения качества медицинских услуг и становления социально-ориентированной экономической системы России.

Достоверность результатов исследования обеспечена тщательным анализом статистических данных, изучением теоретических источников, применением взаимодополняющих методов исследования, проведением эмпирических расчетов, качественным и количественным анализом полученных результатов, соотнесением теоретических положений с результатами математических расчетов.

Апробация диссертационного исследования. Основные положения диссертационной работы докладывались на заседании Комитета по бюджету Иркутской Городской Думы.

Результаты работы в виде практических рекомендаций использованы в деятельности МУЗ ГKB №8 г.Иркутска, что подтверждено справкой о внедрении.

Структура работы обусловлена целью и поставленными в диссертационном исследовании задачами. Диссертационное исследование состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка, приложений.

ГЛАВА 1. КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ ИННОВАЦИЯМИ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1. Характеристика современной конъюнктуры финансовых потоков в здравоохранении

Существование социальных систем в рамках страны и мирового сообщества концептуально направлено на обеспечение гарантий жизнедеятельности экономических субъектов. В этой связи приоритетным направлением настоящего диссертационного исследования является выработка рекомендаций по совершенствованию механизма финансирования одной из важнейших социальных сфер - здравоохранения - через оптимизацию принципов и методов управления финансовыми потоками, позволяющих получить наиболее высокий социальный результат.

Данный параграф настоящей диссертационной работы посвящен исследованию концепций финансирования систем здравоохранения на мезо- и микроуровнях; обоснованию необходимости инновационного подхода в обеспечении повышения социальной эффективности функционирования отрасли.

Итак, главной проблемой российской системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансированием. По минимальной оценке, объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в реальном выражении уменьшился в течение 90-х годов почти на 30% (см. рис. 1.1).

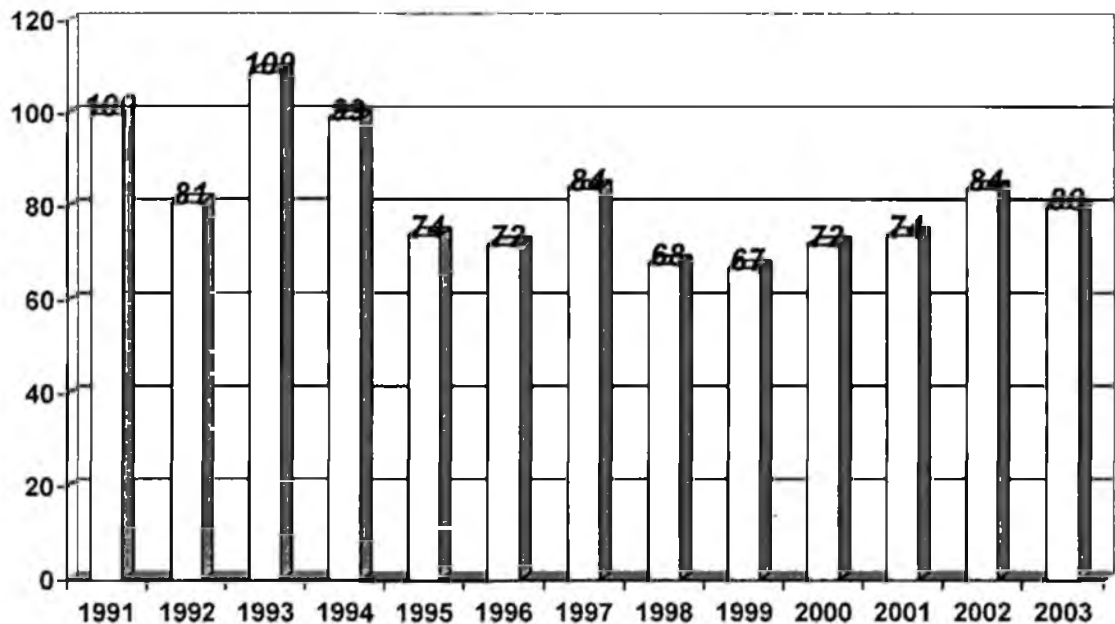


Рис.1.1. Динамика расходов государства на здравоохранение (1991 = 100 %)¹

Его рост, начавшийся с 2000 г., недостаточен для компенсации произошедшего снижения². Между тем, гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в 30-80-х годах XX в., остались практически неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких

¹ Источник: материалы ИЭПП, рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, публиковавшихся по истечении соответствующего года (1992 – 17,2; 1993 – 10,2; 1994 – 4,1; 1995 – 2,8; 1996 – 1,4; 1997 – 1,2; 1998 – 1,1; 1999 – 1,6; 2000 – 1,4; 2001 – 1,2; 2002 – 1,2).

² Шишкин С.В., Чернец В.А., Чирикова А.Е. Политико-экономический анализ трансформации механизмов финансирования здравоохранения и образования. - М.: ИЭПП, 2003.

медицинских технологий и дорогостоящих лекарственных препаратов³. Кроме того, система здравоохранения, созданная во времена СССР, была ориентирована на массовое применение относительно простых медицинских технологий.

Развитие медицинской науки и фармацевтики значительно расширили возможности лечения многих заболеваний и, соответственно, обусловили рост потребностей населения в получении медицинских услуг более высокого качества, что невозможно в условиях бесплатного предоставления медицинской помощи. Объем государственного финансирования здравоохранения составляет в России в последние годы около 3% ВВП (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Расходы государства на здравоохранение, в % к ВВП⁴

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Здравоохранение	2,9	2,5	3,7	3,9	2,9	3,1	3,4	3,1	2,9	2,6	2,8	3,0
В т.ч.												
Государственный бюджет	2,9	2,5	3,1	3,2	2,4	2,5	2,8	2,4	2,2	1,9	2,1	2,4
Обязательные страховые взносы юридических лиц	-	-	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6

Существенные диспропорции между государственными обязательствами и реальным финансированием оказывают негативное

³ Страны развивающегося мира с аналогичной долей государственных расходов на здравоохранение гарантируют населению минимальные "пакеты" медицинских услуг, концентрируясь преимущественно на обеспечении медико-социального благополучия. Государства с высокоразвитой экономикой тратят на здравоохранение в среднем 6-7% ВВП, и при этом практически ни в одной из этих стран не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам.

⁴ Источник: рассчитано по данным ФСС РФ.

влияние на функционирование системы здравоохранения. Государственные средства расходуются на поддержание существующих медицинских учреждений, прежде всего стационарных, в ущерб необходимому развитию профилактической работы и амбулаторно-поликлинической помощи. Из-за невозможности предоставить бесплатно желаемую медицинскую помощь происходит ухудшение доступности любых качественных медицинских услуг для широких слоев населения, увеличение объемов платной помощи и расширение практики неформальных платежей, в наибольшей мере от которых страдают малообеспеченные слои населения.

Таким образом, проблема состоит в том, что сформировавшиеся еще в 30-е годы XX века гарантии предоставления медицинской помощи населению и механизмы их обеспечения в современных условиях не позволяют достичь справедливого и эффективного предоставления населению необходимой качественной медицинской помощи за счет тех ресурсов, которые общество в состоянии расходовать на охрану здоровья граждан.

Действующая в настоящее время модель финансирования учреждений здравоохранения предусматривает несколько каналов выделения последних средств из федерального бюджета и внебюджетных ресурсов, находящихся в распоряжении государственных организаций (внебюджетные средства Министерства здравоохранения и социального развития РФ и средства ОМС). Большая часть бюджетных средств выделяется по статье 1701/430/301 "Клиники" на содержание учреждений. Финансирование производится на основе сметного принципа; финансовые средства планируются и выделяются учреждениям по статьям экономической классификации бюджетных расходов.

Согласно установленному порядку, смета расходов должна

рассчитываться исходя из показателей пропускной способности медицинского учреждения: количество больничных коек, расчетное число амбулаторно-поликлинических посещений врачей за смену. Данные показатели являются базовыми для определения отдельных видов затрат. Так, в зависимости от коечной мощности стационара определяется общее количество требуемого медицинского персонала и соотношение должностей, различающихся по уровню оплаты труда. Полученные показатели умножаются на ставки заработной платы, устанавливаемые в соответствии с единой тарификационной сеткой оплаты труда работников организаций бюджетной сферы (ЕТС). Необходимые затраты на медикаменты, приобретение мягкого инвентаря (постельное белье и пр.), питание больных рассчитываются как произведение количества больничных коек на нормативные показатели удельных затрат соответствующих видов в расчете на одну больничную койку.

К сожалению, реальная ситуация отличается от номинальной схемы. Во-первых, нормативная база, используемая для проведения подобных расчетов, в значительной степени унаследована от плановой системы здравоохранения с назначаемыми государством ценами. Старые стоимостные нормативы нередко просто механически корректируются с помощью индексов-дефляторов, причем рассчитанных для экономики в целом. Во-вторых, потребности в финансировании учреждений здравоохранения, рассчитанные вышеуказанным способом даже на основе несовершенной нормативной базы, оказываются существенно выше того объема финансовых ресурсов, который выделяется Министерству здравоохранения и социального развития РФ. В результате показатели потребности в финансировании отдельных статей расходов того или иного учреждения здравоохранения, рассчитанные с использованием имеющихся нормативов, корректируются Министерством здравоохранения и

социального развития РФ в сторону уменьшения. Принципы проведения такой корректировки и, соответственно, установления итоговых размеров бюджетного финансирования конкретных учреждений здравоохранения четко не формулируются. Кроме того, учреждения должны истратить полученные средства строго по их целевому назначению и не имеют права самостоятельно перераспределять их между разными статьями расходов без разрешения Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Параллельно с бюджетным финансированием содержания учреждений здравоохранения существует дополнительный канал их финансирования – целевое бюджетное финансирование высокотехнологичных видов помощи в рамках статьи "Целевые расходы на оказание дорогостоящих видов медицинской помощи гражданам Российской Федерации". Данная форма бюджетного финансирования была введена с 1993 г. как средство решения задачи ослабления дефицита финансовых ресурсов деятельности ведущих учреждений здравоохранения и поддержания уровня и объема оказания высокотехнологической помощи. Величина средств, выделенных в бюджете 1993 г. на эти цели, отражала исключительно бюджетные возможности и не была подкреплена корректными расчетами: определение размеров ассигнований происходит на основе ретроспективно сложившегося уровня финансирования по данной статье расходов федерального бюджета⁵. Кроме того, применяемый порядок выделения средств на оказание высокотехнологичных видов помощи обладает изъянами с точки зрения требований эффективного

⁵ Большакова Т.С. Совершенствование системы финансирования здравоохранения федерального подчинения в связи с проблемой повышения эффективности планирования и использования ресурсов. // Экономика здравоохранения. – 2001. – № 1(51). – С. 14-16.

использования бюджетных ассигнований.

Особенностью выделения средств на оказание (высокотехнологичных) видов помощи является то, что они предназначаются для осуществления лишь части видов расходов, предусмотренных экономической классификацией бюджетных расходов, а именно:

- оплата труда;
- дополнительные расходы, включаемые в фонд оплаты труда;
- медицинские расходы (включая расходы на медикаменты, перевязочные материалы);
- приобретение оборудования и предметов длительного пользования.

Распределение вышеуказанных средств по статьям сметы не основывается на каких-либо четко сформулированных принципах. Отчетные данные о структуре бюджетных расходов федеральных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития РФ России, представлены на рис. 1.2., 1.3. Финансирование научной и образовательной деятельности федеральных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития РФ и РАМН, осуществляется также на основе сметного принципа.

Метод сметного финансирования предпочтителен с точки зрения финансовых органов, т.к. дает возможность проконтролировать направления их использования. Тем не менее, сметное финансирование обладает серьезными изъянами с точки зрения обеспечения эффективного использования ресурсов. Главный его недостаток связан с тем, что выделение средств осуществляется без увязки с результатами работы их

получателей: сметное финансирование не создает у учреждений стимулов к более рациональному использованию ресурсов и воспроизводит затратный тип хозяйствования.

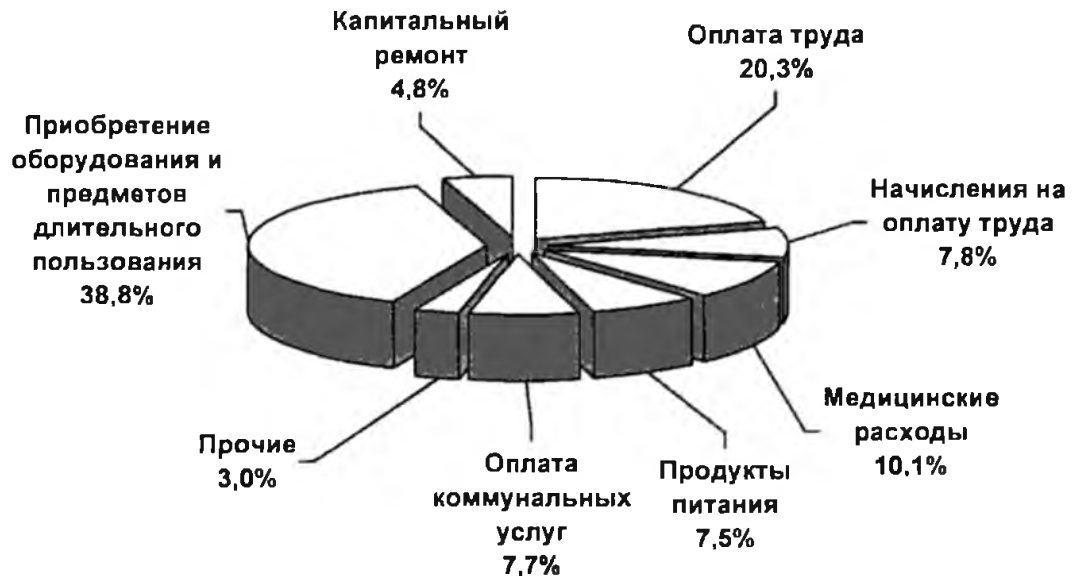


Рис.1.2. Структура бюджетных расходов системы федеральных учреждений Министерства здравоохранения и социального развития РФ России в соответствии с экономической классификацией, клиники, 1999 г.

(%)⁶

Указанные общие недостатки сметного финансирования с особой силой проявляются в ситуации, когда бюджетное финансирование клинической деятельности учреждения здравоохранения производится по двум каналам, предметы финансирования которых четко не разграничены.

⁶ Источник: Министерство финансов РФ.

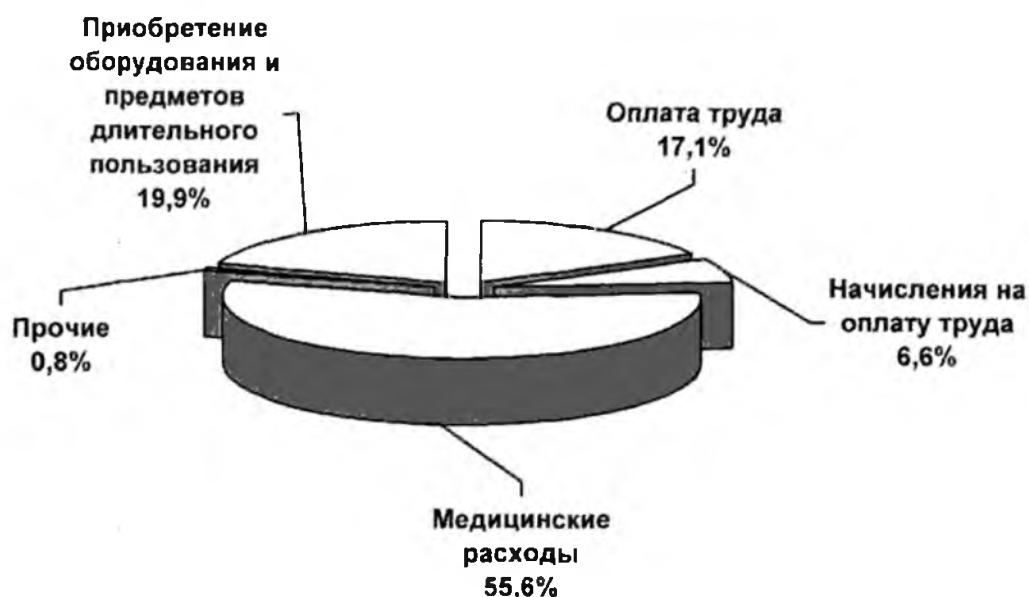


Рис.1.3. Структура бюджетных расходов системы федеральных учреждений Министерства здравоохранения и социального развития РФ России в соответствии с экономической классификацией, дорогостоящие виды медицинской помощи, 1999 г. (%)⁷

Средства на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи выделяются в дополнение к средствам, выделяемым на финансирование содержания учреждения в целом. Существующая модель бюджетного финансирования учреждений здравоохранения является, по сути, моделью двойного финансирования их деятельности, которое осуществляется без увязки с результирующими показателями их работы.

Сметное финансирование содержания учреждений здравоохранения и оказания ими высокотехнологичной медицинской помощи,

⁷ Источник: Министерство финансов РФ.

осуществляемой без увязки с результирующими показателями деятельности, имеет очень серьезный изъян в условиях, когда выделяемые совокупные бюджетные ассигнования недостаточны для возмещения затрат клиник, необходимых для оказания медицинской помощи в объемах, соответствующих мощности этих клиник. А именно такая ситуация имеет место в последнее десятилетие. В 2000 г. бюджетное финансирование учреждений здравоохранения составило 56% от их заявленной потребности⁸. Данная тенденция открывает возможности для теневых экономических отношений между медицинским персоналом и пациентами по поводу возмещения недостающих финансовых средств на лечение. Клиники должны либо перекладывать часть расходов на пациентов, либо снижать эффективность использования имеющегося коечного фонда. На практике имеют место оба явления.

Таким образом, существующий механизм финансирования не реализует права граждан на бесплатное получение медицинской помощи. За счет имеющихся бюджетных средств возможно обеспечить действительно бесплатное лечение лишь части пациентов, вследствие чего выделяемые учреждениям здравоохранения бюджетные средства фактически "размываются" на всех пациентов, и с большинства из них требуется дополнительная оплата. Такая модель финансирования в корне противоречит принципам обеспечения эффективного использования средств и повышению социальной эффективности и качества медицинской помощи.

В настоящее время в России предпринимается попытка полного перехода от государственной (бюджетной) системы финансирования медицинской помощи к финансированию последней через систему

⁸ Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении. // Экономика здравоохранения. - 2001. - № 1(51). - С. 5-11.

обязательного медицинского страхования, в связи с чем особого внимания заслуживает подробное рассмотрение его институционального механизма.

1.2. Институциональные аспекты страхового финансирования медицинских услуг

Данный параграф настоящего исследования отражает особенности институционального механизма развития системы финансирования здравоохранения в рамках средств обязательного медицинского страхования в России. Задачами анализа являются:

- исследование ретроспективы формирования института медицинского страхования в России;
- оценка механизма развития ОМС;
- выявление недостатков и проблем институционального обеспечения функционирования системы ОМС.

Предоставление медицинской помощи населению в случае болезни имеет достаточно долгую традицию. Еще в Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, занимающиеся сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получении травмы, длительного заболевания или увечья. В средние века защитой населения в случае наступления болезни или инвалидности занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь. В первом случае помощь оказывалась за счет цеховых касс, созданных из членских взносов. Во втором случае материальная и лечебная помощь предоставлялась нуждающимся безвозмездно за счет пожертвований.

Форму медицинского ("больничного") страхования социальная

помощь при болезни получила только во второй половине XIX в., когда начало активно проявлять себя профсоюзное рабочее движение, одним из важных результатов которого стало создание во многих европейских странах страховых больничных касс, формирующихся за счет взносов работодателей и работников и управлявшихся соответственно представителями администрации предприятия и профсоюзного комитета. Кассы предоставляли своим членам денежную помощь в виде пособия, частично возмещающего трудовой доход, потерянный во время болезни, единовременной выплаты и пенсии семье в случае смерти работника, компенсации роженицам. Кроме того, предусматривалось оказание медицинской и лекарственной помощи. Первыми в больничном страховании выступали Англия и Германия. Именно в Германии в 1833 г. был издан первый государственный Закон об обязательном больничном страховании рабочих.⁹

Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось в XVIII – начале XIX вв., когда на возникших капиталистических предприятиях появились кассы взаимопомощи. Рабочие стали создавать за свой счет (без участия работодателей) общества взаимопомощи – предшественников больничных касс. Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт-Петербурге.

Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов.¹⁰

1 этап. С марта 1861 г. по июнь 1903 г. В 1861 г. был принят первый

⁹ Основы страховой деятельности /Под ред. проф. Т.А.Федоровой. – М.: БЕК, 2005. - С.325.

¹⁰ Клещев С. Развитие и формирование медицинского страхования в России//www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=92&offset=0&theme=26

законодательный акт, введивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах – вспомогательные кассы, в задачи которых входили выдача пособий по временной нетрудоспособности, пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2-3% заработной платы). В 1866 г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Закону к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих. Открывшиеся в 70-80-е годы XIX в. на крупных заводах больницы были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся в медицинской помощи. В целом медицинская помощь фабрично-заводским рабочим была крайне неудовлетворительной.

Фабричные страховые кассы начали создаваться в начале XX в. преимущественно на крупных предприятиях Москвы и Санкт-Петербурга. Принципы их организации и функционирования были аналогичны западноевропейским.

2 этап. С июня 1903 г. по июнь 1912 г. Особое значение в становлении системы обязательного медицинского страхования в России имел принятый в 1903 г. Закон "О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности". По данному Закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве; предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать

вознаграждения потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.

3 этап. С июня 1912 по июль 1917 г. В 1912 г. был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев – закон о введении обязательного медицинского страхования для работающих граждан. В декабре 1912 г. был учрежден Совет по делам страхования. В январе 1913 г. в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования. С 1913 г. были созданы больничные кассы на многих территориях Российской Империи. В январе 1914 г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях. По закону 1912 г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах:

- Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях.
- Амбулаторное лечение.
- Родовспоможение.
- Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

К 1916 г. в России уже существовало 2403 больничные кассы, насчитывающие 1961 тысяч членов.¹¹ Такие кассы просуществовали до революции, а после принятия запрета о введении государственной монополии в страховании они потеряли не только свою актуальность, но и легитимность.

4 этап. С июля 1917 по октябрь 1917 года. После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с

¹¹ Основы страховой деятельности /Под ред. проф. Т.А.Федоровой. – М.: БЕК, 2005. - С.326.

первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования, включающие следующие основные концептуальные положения:

- расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одновременно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных);

- предоставление права больничным кассам объединяться, при необходимости, в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы);

- повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек;

- полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей. Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьезно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г.

5 этап. С октября 1917 по ноябрь 1921 г. Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссариата труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России "полного социального страхования". Основные положения Декларации были следующие:

- распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;

- распространение страхования на все виды потери

трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы).

19 февраля 1919 г. был подписан Декрет "О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения", в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах. В результате значительно снизились уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д.

6 этап. С ноября 1921 г. по 1929 г. С 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика (НЭП), и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за период с 1921 по 1929 г. По Постановлению Совета Народных Комиссаров № 19 ст.124 от 23.03.1926 г. из всех средств социального страхования образовывались Фонды медицинской помощи застрахованным (ФМПЗ), находящиеся в распоряжении органов здравоохранения.

7 этап. С 1929 г. по июнь 1991 г. Этот этап можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в силу объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья. В это время существовало всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств, министерств и социальных фондов самих предприятий.

8 этап. В первой половине 90-х годов была предпринята попытка реформировать систему финансирования российского здравоохранения, заключающаяся во внедрении системы обязательного медицинского страхования (ОМС), которая должна была заменить систему бюджетного

финансирования, содействовать повышению экономической стабильности работы отрасли и росту эффективности использования ее ресурсного потенциала.



Рис. 1.4. Государственное финансирование здравоохранения в 2002 г.

(млрд. руб.)¹²

Практическое внедрение ОМС было начато в 1993-1994 гг., но оказалось частичным. Замещение бюджетного финансирования

¹² Источник: материалы ИЭПП.

медицинских организаций страховым финансированием не было завершено. Региональные и местные органы власти перечисляли взносы на ОМС неработающего населения в недостаточных объемах. На сегодняшний день в системе ОМС концентрируется лишь одна треть государственного финансирования здравоохранения (см. рис.1.4).

Таким образом, сложившееся сочетание систем бюджетного и страхового финансирования ориентируется лишь на поддержание существующей сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и объемов медицинского обслуживания, но не на решение назревших задач их реструктуризации и повышения эффективности использования имеющегося в отрасли ресурсного потенциала.

Особенностью современной российской системы обязательного медицинского страхования является наличие двух типов страховщиков: 1) страховых медицинских организаций и 2) филиалов территориальных фондов ОМС (см. табл. 1.2).

Таблица 1.2

Структура системы обязательного медицинского страхования*¹³

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Территориальные фонды ОМС	86	86	88	88	89	90	90	90	91
Филиалы территориальных фондов ОМС	1058	1103	1140	1108	1160	1170	1123	1129	982
из них выполняющие функции страховщиков		571	486	423	419	487	500	516	485
Страховые медицинские организации	164	439	536	538	461	415	387	362	361

* данные на конец года.

¹³ Источник: Федеральный фонд ОМС.

Первые представляют собой, как правило, негосударственные коммерческие организации. Вторые являются структурными подразделениями государственных финансово-кредитных учреждений - территориальных фондов ОМС. В 1997 г. в 42 субъектах РФ функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 23 - только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 22 - и те и другие.

Ожидаемые позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с более рациональным использованием имеющихся ресурсов и с контролем качества лечения не проявились с достаточной определенностью и не уравнивают затрат на содержание этих организаций, вследствие чего у страховых медицинских организаций и ЛПУ отсутствуют стимулы к более эффективному использованию имеющихся ресурсов. Страховые принципы организации финансирования предоставления медицинской помощи населению оказались практически не выраженными; в сегодняшнем состоянии система ОМС исчерпала свои возможности.

Подробнее рассмотрим деятельность лечебно-профилактических учреждений, работающих в системе ОМС.

Так, на 1 января 2005 года число самостоятельных лечебно-профилактических учреждений, работающих по типовым договорам на предоставление ЛПУ медицинской помощи, составило 8457, из них 8416 медицинских учреждения имели лицензии на осуществление определенных видов деятельности и услуг по программе ОМС. Кроме того, по типовым договорам работали 19760 учреждений, входящих в состав других учреждений¹⁴.

¹⁴ Источник: Фонд обязательного медицинского страхования РФ.

Из общего числа самостоятельных медицинских учреждений насчитывалось 5321 стационаров, 2157 амбулаторно-поликлинических учреждений, 838 стоматологических и 141 других учреждений здравоохранения. Основные показатели их деятельности представлены в таблице 1.3.

Таблица 1.3

Основные показатели деятельности самостоятельных лечебно-профилактических учреждений в 2004 году

Стационары	
Число среднегодовых коек – всего	1307462
из них койки по ОМС	1141663 (87,3%)
койки дневного пребывания	86266 (6,6%)
Число выбывших больных – всего (тыс. чел.)	32693,6
Из них по ОМС	28801,4 (88,1%)
Проведено больными койко-дней – всего (тыс.)	402155,8
из них по ОМС	341937,4 (85,0%)
на койках дневного пребывания	23685,5 (5,9%)
Амбулаторно-поликлинические учреждения	
Число посещений врачей - всего (тыс.)	1050046,8
Из них по ОМС	814089,8 (77,5%)
Среднее число посещений врачей на 1-го жителя - всего	7,9
Из них по ОМС	6,2
Число посещений врачами больных на дому - всего (тыс.)	87663
Из них по ОМС	78502,6 (89,5%)
Стоматологические учреждения	
Число посещений врачей - всего (тыс.)	149429,3
Из них по ОМС	125578,9 (84,0%)

Число медицинских учреждений, имеющих стационары дневного пребывания в больнице, в целом по России составило 3622, из них медицинские учреждения, имеющие статус юридического лица – 2607 (71,9% от общего числа самостоятельных стационаров). Число коек в стационарах дневного пребывания составило 86266, из них 81416 (94,3%)

были профинансированы за счет средств ОМС (таблица 1.4).

Число учреждений, имеющих дневные стационары, составило 3927, из них учреждения имеющие статус юридического лица – 1171 (29,8% от общего числа).

Число учреждений, имеющих стационары на дому, составило 1683, из них имеющие статус юридического лица – 493 (29,3% от общего числа).

Таблица 1.4

Основные показатели деятельности стационаров дневного пребывания в больнице, дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) и стационаров на дому в 2004 году

Стационары дневного пребывания в больнице	
Число коек – всего	86266
из них по ОМС	81416 (94,3%)
Число выбывших больных – всего (тыс. чел.)	2124,6
из них по ОМС	1930,6 (90,9%)
Проведено выбывшими больными койко-дней – всего (тыс.)	23685,5
из них по ОМС	21425,0 (90,5%)
Дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях	
Число мест – всего	79180
из них по ОМС	74380 (93,9%)
Число пролеченных больных (тыс. чел.)	2685,9
из них по ОМС	2477,6 (92,2%)
Число дней лечения (тыс.)	28469,1
из них по ОМС	26232,6 (92,1%)
Стационары на дому	
Число пролеченных больных - всего	422649
из них по ОМС	399935 (94,6%)
Количество дней лечения - всего (тыс.)	4465,3
из них по ОМС	4189,8 (93,8%)

В лечебно-профилактические учреждения, работающие в системе ОМС из территориальных фондов ОМС (филиалов) поступило 77,6 млрд. руб. (43,3%), из страховых медицинских организаций – 97,8 млрд. руб. (54,6%) и других источников (восстановление нецелевого использования

средств, благотворительные акции и др.) – 3,7 млрд. руб. (2,1%). Таким образом, суммарные поступления средств в лечебно-профилактические учреждения составили 179,1 млрд. руб.

Лечебно-профилактическими учреждениями за 2004 год израсходовано средств на сумму 178,9 млрд. руб., в т.ч. в рамках территориальных программ ОМС – 174,1 млрд. руб. (97,3%), в рамках финансирования отдельных мероприятий по здравоохранению – 3,1 млрд. руб. (1,7%), прочие – 1,8 млрд. руб. (1,0%).

Структура расходов средств ОМС по основным статьям экономической классификации представлена на рисунке 1.5.

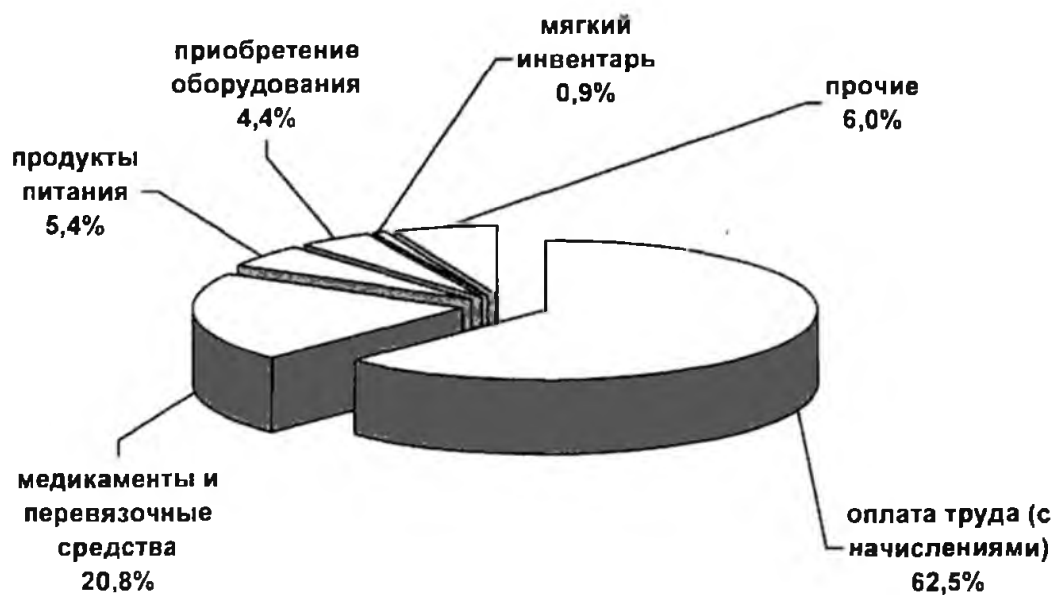


Рис.1.5. Структура расходов средств ОМС медицинскими учреждениями в 2004 году, %

По данным статистической отчетности ФОМС на 01.01.05 число

самостоятельных ведомственных медицинских учреждений, функционирующих в системе ОМС, составило 352 (4,2% от общего числа ЛПУ, функционирующих в системе ОМС), из них 275 медицинских учреждений, подведомственных Министерству путей сообщения Российской Федерации (3,25%) и 77 – Федеральному Управлению "Медбиоэкстрем" (0,9%). Число самостоятельных медицинских учреждений федерального подчинения, работающих в системе ОМС – 205 (2,4%). В подведомственные медицинские учреждения поступило средств на сумму 5117,7 млн. руб. В медицинские учреждения федерального подчинения поступило средств обязательного медицинского страхования на сумму 2435,4 млн. руб.

В 2004 году территориальные Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи были разработаны и утверждены во всех субъектах Российской Федерации. На выполнение территориальных Программ государственных гарантий в целом по России было направлено 403,7 млрд. руб., в том числе на выполнение территориальных программ ОМС – 252,7 млрд. руб. (из них 186,4 млрд. руб. – средства ОМС и 66,3 млрд. руб. средства бюджетов на содержание учреждений здравоохранения, работающих в системе ОМС).

На финансирование амбулаторно-поликлинической помощи в рамках территориальных программ ОМС было направлено 102,7 млрд. руб. (25,4%), на стационарную помощь – 203,0 млрд. руб. (50,3%), на финансирование объемов медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах – 8,8 млрд. руб. (2,2%) и на скорую медицинскую помощь – 21,1 млрд. руб. (5,2%). Фактическое подушевое обеспечение территориальных Программ госгарантий в среднем по Российской Федерации составило 2800,4 руб. в расчете 1 на жителя, в том числе по

территориальным программам ОМС – 1753,1 руб. в расчете на 1 жителя.

К сожалению, в большинстве регионов РФ в органах управления здравоохранением и ЛПУ не предусмотрено подразделений для обеспечения взаимодействия с ТФОМС и СМО. Отрицательным моментом также является сегодня отсутствие полноценной координации деятельности ТФОМС и органов управления здравоохранением. Кроме работы тарифной комиссии и совместной работы по разработке Базовой программы ОМС сложно назвать моменты взаимодействия этих структур.

Отсутствие подразделения в структуре органов управления ЛПУ, координирующего их взаимодействие с ТФОМС, отсутствие жесткой согласованной политики в финансировании системы здравоохранения, отсутствие единого плана внедрения новых медицинских технологий (соответственно приобретения медицинского оборудования), наличие не всегда корректной информации, предоставляемой в структуры ОМС лечебно-профилактическими учреждениями о потребностях населения отдельных территорий в медицинской помощи и т. д., зачастую приводит к нерациональному использованию финансовых ресурсов.

Попытки пересмотра сложившейся системы ОМС стали иметь место почти сразу же после ее внедрения. Уже в 1996 г. Правительство РФ внесло в Государственную Думу законопроект, предусматривающий исключение негосударственных страховых организаций из числа субъектов ОМС. Единственными страховщиками должны были стать территориальные фонды ОМС, которые могут привлекать страховые компании в качестве агентов для выполнения тех или иных функций.

В 1998 г. ряд субъектов РФ (Воронежская, Ленинградская, Читинская области) выступили с законодательными предложениями о внесении изменений в действующий федеральный закон о медицинском страховании. Предлагалось усилить контроль региональных властей за

деятельностью фондов ОМС и предоставить им право использовать средства ОМС по своему усмотрению, а также исключить страховые медицинские организации из системы ОМС, оставив территориальные фонды ОМС и их филиалы в качестве основных страховщиков.

В последние годы широко обсуждался такой возможный путь развития медицинского страхования, как создание единой системы обязательного медико-социального страхования. Такая задача была сформулирована в "Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу"¹⁵ и в Плане действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000-2001 годы, утвержденном Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2000 г. № 1072-р, была обозначена перспектива реформирования системы ОМС в направлении создания единой системы обязательного медико-социального страхования путем объединения существующих систем обязательного медицинского страхования (ОМС) и социального страхования.

Разработка предложений об объединении обязательного и социального страхования в единую систему обязательного медико-социального страхования велась с осени 2000 г. Ключевым препятствием к созданию такой системы стал вопрос об источниках страховых платежей за неработающее население. В существующей системе ОМС не решена проблема перечисления из бюджетов субъектов РФ взносов на страхование неработающего населения, действенным способом решения которой является однозначное закрепление финансовых источников таких взносов

¹⁵ Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу. Одобрены Правительством РФ 28 июня 2000 г.

в виде установления маркированных налоговых поступлений, например, как определенная часть налога на доходы физических лиц, или акцизы на табачные изделия и алкоголь. Тем не менее, создание более сложной системы без решения проблемы финансовой необеспеченности обязательств в рамках одной из исходных систем оказало бы деструктивное влияние на осуществление и медицинского, и социального страхования.

Вместе с тем сохраняется необходимость реформирования системы ОМС. В течение 2002 года высокую активность в обсуждении данной проблематики проявляло Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации, по инициативе которого был подготовлен проект соответствующего закона, предполагающий:

- создание устойчивой финансовой основы для оказания населению гарантированной бесплатной медицинской помощи;
- установление подушевых нормативов взносов на ОМС неработающих граждан из бюджетов субъектов Российской Федерации;
- исключение местных бюджетов в качестве источника финансирования платежей на ОМС неработающего населения; осуществление платежей на ОМС неработающего населения только из средств бюджетов субъектов Российской Федерации
- использование средств федерального бюджета для субсидирования платежей за неработающее население;
- заключение соглашений между Федеральным фондом ОМС и субъектами РФ о страховании неработающего населения, определяющее обязательства сторон по финансированию платежей за неработающее население, направляемых в территориальные фонды ОМС; субъекты РФ, не заключившие такого соглашения,

самостоятельно определяют порядок страхования неработающего населения, предоставления и оплаты медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС;

- концентрация в Федеральном фонде ОМС более весомой части средств ОМС за счет изменения пропорции распределения средств социального налога между Федеральным и территориальными фондами ОМС, и расширение таким образом возможностей Федерального фонда по выравниванию финансовых условий реализации базовой программы ОМС в разных регионах;

- сохранение страховых медицинских организаций в качестве страховщиков в системе ОМС при значительном усилении государственных требований к их деятельности;

- предоставление застрахованным права выбора страховщиков;

- унификация механизмов ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

С середины 2002 года Пенсионный фонд Российской Федерации выступил с инициативой включения его в число субъектов обязательного медицинского страхования в качестве страхователя неработающих пенсионеров и предложил участвовать в оплате соответствующих взносов в систему ОМС при условии заключения соглашений между фондами ОМС, Пенсионным фондом и администрациями субъектов РФ о финансировании взносов на ОМС неработающего населения. Пенсионным фондом были подготовлены предложения о соответствующих поправках в действующий закон о медицинском страховании. На наш взгляд, активность руководства Пенсионного фонда РФ в реформировании ОМС объясняется возможностью использования описанной системы реформирования в качестве инструмента достижения иных политико-

экономических целей. В дополнение к рассмотренным выше принципам законопроекта, предполагается, что Пенсионный фонд РФ станет субъектом системы ОМС, будет участвовать в заключении многосторонних соглашений между администрациями субъектов РФ, Министерством финансов РФ, Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Пенсионным фондом РФ, Федеральным и территориальными фондами ОМС о страховании неработающего населения, проживающего на территории соответствующих субъектов РФ. Вместе с тем, ведомствам, участвующим в подготовке законопроекта, до настоящего времени не удалось достичь согласия по его содержанию.

Таким образом, реальная бюджетно-страховая система финансирования, сложившаяся к настоящему времени в нашей стране, существенно отличается от первоначальной стратегии, реализованной в Законе о медицинском страховании. Средств, аккумулируемых в системе ОМС, недостаточно для оплаты всего объема первичной и вторичной медицинской помощи, установленного базовой программой ОМС, что явилось результатом неполного введения ОМС и отсутствия закрепленных налоговых источников осуществления взносов на ОМС неработающего населения. В итоге первичная и вторичная медицинская помощь, включенная в программу ОМС, на практике финансируются из двух источников: средств ОМС и средств бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.

Страховщикам системы ОМС (их функции выполняют филиалы территориальных фондов ОМС и страховые медицинские организации) разрешено заключать договора с федеральными учреждениями здравоохранения на оказание медицинской помощи застрахованным и оплачивать эту медицинскую помощь в порядке, установленном для системы ОМС. Тем не менее, заключение договоров возможно лишь со

страховщиками, действующими в субъектах РФ, на территории которых расположены сами федеральные учреждения. Формально предметом таких договоров должно выступать оказание медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС, то есть медицинской помощи второго уровня. На практике же отсутствует контроль за тем, какая именно медицинская помощь, второго или третьего уровня, оплачивается страховщиками.

Страховщики заключают договоры с федеральными клиниками на предоставление определенных объемов медицинской помощи для застрахованных ими лиц и осуществляют оплату оказанной помощи по тарифам, устанавливаемым в соответствии с принятым порядком оплаты медицинской помощи в системе ОМС субъекта Российской Федерации по месту нахождения федерального учреждения на общих основаниях¹⁶.

Так, например, в системе ОМС города Москвы оплата стационарной медицинской помощи осуществляется по тарифам за законченный случай лечения, дифференцированным по нозологическим формам заболеваний. Эти тарифы имеют две очень важные особенности.

Во-первых, согласно требованиям Федерального фонда обязательного медицинского страхования, средства ОМС могут использоваться только для возмещения расходов медицинских организаций по четырем статьям:

- оплата труда;

¹⁶ Положение о финансовом взаимодействии и расходовании средств в системе обязательного медицинского страхования медицинскими учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения и Российской академии медицинских наук. Утверждено Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по согласованию с Министерством здравоохранения и Министерством финансов Российской Федерации 24.07.1996, п.5.

- дополнительные расходы, включаемые в фонд оплаты труда;
- медицинские расходы (включая расходы на медикаменты, перевязочные материалы);
- продукты питания.¹⁷

Во-вторых, тарифы ОМС, используемые для оплаты лечения в учреждениях здравоохранения, рассчитываются на основе статистической базы, сформированной на базе муниципальных многопрофильных стационаров. Между тем, уровень затрат в учреждениях здравоохранения объективно выше из-за более высокой квалификации, более сложного оборудования, необходимости включения в стоимость накладных расходов в НИИ и научных центрах.

Таким образом, учреждения здравоохранения заключают договора со страховщиками на оказание медицинской помощи, оплата которой не покрывает реальных затрат на основании того, что они имеют возможность компенсировать недостающие расходы за счет бюджетных средств и за счет теневых платежей, взимаемых с направленных к ним пациентов. Оценить, в какой мере теневые соплатежи компенсируют низкий уровень тарифов ОМС, не представляется возможным. Вполне реалистичным является предположение, что уровень теневых соплатежей, взимаемых с пациентов, направляемых страховщиками и направляемых органами здравоохранения (в счет бюджетного финансирования), не должен сильно

¹⁷ Указания по обеспечению целевого и рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 07.08.1997 № 71 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 6. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998, сс.109-118.

различаться. При справедливости такого предположения можно заключить, что расходы учреждений здравоохранения, отражаемые в их финансовой отчетности, будучи отнесенными на одного пролеченного за счет средств ОМС, фактически частично компенсируются за счет бюджетных средств. Это означает, что средства федерального бюджета используются для неявного субсидирования оказания медицинской помощи, которая должна предоставляться за счет средств ОМС и бюджетов субъектов РФ. Причем такое субсидирование является чрезвычайно неравным, поскольку его получают в основном жители тех регионов, где расположены сами учреждения здравоохранения¹⁸.

Наличие нескольких каналов государственного финансирования клинической деятельности учреждений здравоохранения в сочетании с неразграниченностью предметов финансирования и применением сметного порядка выделения средств без увязки с результирующими показателями работы можно квалифицировать как механизм многослойного финансирования деятельности.

Выделение государственных средств федеральным клиникам по разным каналам не опирается на комплексный анализ источников доходов и направлений расходов федеральных клиник. Даже при условии того, что Бюджетный кодекс требует утверждения единой сметы бюджетных учреждений, в которой отражаются все источники их доходов и все расходы, на практике такая единая смета для учреждений здравоохранения не утверждается никем из вышестоящих органов; фактически отсутствует финансовое планирование согласованного выделения федеральным клиникам государственных средств из разных источников.

Кроме того, существующая система финансовой и статистической

¹⁸ Источник: материалы ИЭПП.

отчетности учреждений здравоохранения практически не позволяет получить необходимую информацию для построения корректных количественных оценок эффективности использования внебюджетных средств, выделяемых этим учреждениям. Государственная и ведомственная статистика собирает данные о видах ресурсов учреждений здравоохранения: общем количестве занятых, в том числе по категориям персонала (врачи, средний медицинский персонал), количестве коек; а также о показателях деятельности учреждений: количестве койко-дней, числе пролеченных больных, в том числе по видам специализации коек: терапевтические, кардиологические, кардиохирургические, гастроэнтерологические, эндокринологические, терапевтические и т.д.; количестве исследований, количестве врачебных посещений и др.

Проблема состоит в том, что принципы сбора данных о затратах и результатах в сочетании с особенностями деятельности учреждений здравоохранения не позволяют корректно соотнести эти показатели друг с другом. Данные о затратах финансовых ресурсов, которые должно представлять каждое учреждение, относятся к всей деятельности учреждения и не дифференцируются по ее составляющим.

Учреждения здравоохранения оказывают как стационарную, так и амбулаторно-поликлиническую помощь. Имеющиеся данные не позволяют отнести произведенные финансовые затраты на оказание стационарной и на предоставление амбулаторно-поликлинической помощи.

Проблема также состоит в том, что большинство учреждений здравоохранения предоставляет стационарную помощь по нескольким медицинским специальностям, которые различаются по необходимым затратам ресурсов в расчете на одного пролеченного больного. Поэтому в целях сопоставления затрат внебюджетных ресурсов и результатов необходимо разделить произведенные затраты не только между

стационарной и амбулаторной помощью, но и между различными видами стационарной помощи:

Даже если допустить возможность, что разграничение финансовых затрат по разным видам оказываемой помощи будет корректно выполнено в ходе специального исследования или будет производиться работниками самих учреждений и войдет в показатели обязательной отчетности, то и в этом случае адекватность сравнения разных учреждений друг с другом по простейшему показателю затрат финансовых ресурсов в расчете на пролеченного больного будет весьма уязвима для критики: учреждения здравоохранения применяют уникальные технологии. Предоставление медицинской помощи, относящейся по статистике к одному и тому же виду, может осуществляться в клиниках с использованием различных медицинских технологий, требующих разных затрат ресурсов. В целях объективного сравнения затратной эффективности работы разных клиник или групп клиник потребуется более детальный анализ различий в структуре пролеченных больных по конкретным видам заболеваний, и различий в применяемых медицинских технологиях в рамках широкомасштабного исследования, включающего сбор данных непосредственно в самих учреждениях здравоохранения.

Кроме того, существующая система финансовой и статистической отчетности не приспособлена для проведения корректного сравнительного анализа затратной эффективности финансирования учреждений здравоохранения, не говоря уже о применении более сложных методов экономических оценок: затраты-полезность (cost-utility), затраты-выгода (cost-benefit)¹⁹. Данные статистики позволяют судить лишь о степени загруженности мощностей учреждений здравоохранения. Для решения же

¹⁹ Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1995.

задач оценки эффективности использования финансовых ресурсов вообще и бюджетных ассигнований, в частности, существующая система отчетности и сбора данных о деятельности учреждений здравоохранения нуждается в серьезном преобразовании.

Таким образом, по нашему мнению, предметом анализа эффективности финансирования учреждений здравоохранения может выступать лишь соответствие институциональных характеристик применяемых моделей финансирования общим условиям эффективного использования средств. В этой связи представляется целесообразным рассмотреть зарубежный опыт формирования механизмов финансирования здравоохранения.

1.3. Зарубежный опыт построения механизмов финансирования деятельности медицинских организаций

В мировой практике организации медицинского обслуживания сложились следующие системы функционирования здравоохранения: государственная, страховая и частная. Государственная система основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений и гарантирует бесплатную медицинскую помощь. В основу страховой системы заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских организаций. Частная медицина в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в индивидуальной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в двух аспектах.

В наиболее широком смысле медицинское страхование представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. При этом охрана здоровья граждан финансируется "снизу". Страховые фонды образуются за счет различных источников финансирования: средств государственного бюджета, взносов предприятий, предпринимателей и работающих.

В узком смысле это процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь, дающий гарантию получения этой помощи, причем ее объем и характер определяются условиями страхового договора.

С точки зрения организации финансирования медицинской помощи в рамках медицинского страхования значительный интерес для России представляет опыт Испании, поскольку в данной стране происходит децентрализация управления и финансирования здравоохранения при одновременной интеграции всех общественных ресурсов в единую общенациональную систему здравоохранения. Несколько иные сочетания централизованного подхода с децентрализованным сейчас наблюдаются в здравоохранении целого ряда стран, в том числе и в Великобритании. В Испании же осуществляется постепенный переход от налоговой, т.е. национальной модели (финансирование на 98% осуществлялось из налогов), к модели, ориентированной на систему социального страхования здоровья, на долю которой сейчас приходится свыше 70% всех расходов на

здравоохранение. До принятия Общего закона о здравоохранении в 1986 году медицинская помощь была организована следующим образом: первичная медицинская помощь обеспечивалась врачами общей практики, работавшими индивидуально на неполной основе (ежедневно 2,5 часа практики, остальное время — визиты на дом) с оплатой по количеству пациентов; амбулаторная помощь оказывалась врачами-специалистами, работавшими на индивидуальной основе в поликлиниках (в городах вместе с врачами общей практики) с оплатой по количеству пациентов; больницы оказывали не только стационарную, но и амбулаторно-консультативную помощь, при этом врачи получали заработную плату из общественного сектора. После принятия указанного закона, врачи общей практики стали постепенно объединяться в группы в виде Центров первичной медицинской помощи с более широкими функциями: к традиционным задачам распределения пациентов, диагностики и лечения добавились профилактика, укрепление здоровья, реабилитационная помощь, а также задачи определения потребностей населения и планирования всех видов помощи внутри района обслуживания. В Испании наиболее эффективными считаются такие экономические отношения в здравоохранении, которые построены на основе планирования и распределения ресурсов²⁰.

Совершенствование системы финансирования медицинской помощи является одной из важнейших задач в западных странах. Так, например, в США в течение последних пяти лет проводилась кардинальная реформа организации медицинской помощи для пожилых по программе MEDICARE, финансируемой правительством страны. Анализ показал, что стоимость обычной помощи для пожилых (а в возрасте 65 лет и старше в

²⁰ Комаров Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования. - 2005. - №1. - С.66.

США 17% населения, т.е. 48 млн. человек) составляет 2,6 тыс. долларов. Ею пользуется 96% пожилых и на нее направляется 68% всех денежных средств по программе. Стоимость сложных случаев составляет уже 36,5 тыс. долларов; такой помощью пользуется 4% пожилых, но на нее направляется 32% всех средств²¹.

В этой связи была поставлена задача предупредить сложные и дорогостоящие случаи, что показывает обоснованность выбора приоритетов в реформировании медицинской помощи пожилым. В результате за пятилетие были закрыты 52% всех коек для пожилых (около 30 тыс.единиц) и сокращено количество персонала на 11%. Но вследствие интенсификации стационарного лечения число пролеченных больных возросло на 22%. В связи с сокращением расходов на стационарную помощь выросло на 36% финансирование амбулаторной помощи, т.е. средства были перераспределены, значительно увеличилось (на 35%) число операций в дневной хирургии (в России более 20% операций, производимых в стационарных условиях, возможны в дневной хирургии), возрос объем помощи на дому. Были объединены малые больницы и параллельно организованы более 300 новых амбулаторных центров в местах компактного проживания пожилых. Значительные средства (из высвободившихся) были вложены в массовую иммунизацию, скрининги и диспансеризацию. В итоге данной реформы улучшилась доступность медицинской помощи пожилым, увеличилось число пролеченных больных, снизилась стоимость лечения за счет более раннего выявления заболеваний, существенно улучшились качество помощи и медицинские результаты, выросла удовлетворенность пожилых людей за счет

²¹ Комаров Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования. - 2005. - №1. - С.67.

фокусирования средств на определенных группах населения и их потребностях.

Подобная программа была внедрена и в Бельгии: ликвидация ряда малых больниц и сокращение числа коек сопровождались значительным (около 30%) ростом уровня госпитализации при сокращении средних сроков пребывания больного в стационарах за счет более интенсивного лечения и лучшей его организации²².

Таких образом, в зарубежных странах имеются доказательства того, что стратегия сдерживания расходов, имеющая место сейчас в России — в основном из фондов обязательного медицинского страхования — не дает желаемых результатов. Здесь нужно отметить, что меры, направленные на прямолинейное регулирование стоимости медицинских услуг, не всегда дают ожидаемые результаты в отношении сдерживания затрат, т.к., например, врачи могут компенсировать сокращение своих гонораров увеличением объема (как реального, так и номинального) предоставляемых услуг, а больницы в ответ на сокращение тарифов могут увеличить число пролеченных больных.

Система ОМС в Австрии организована так, что работник и работодатель платят обязательный страховой взнос пополам, причем по законодательству ставка взноса для рабочих и служащих отличается (для рабочих — больше), а лица с доходом более 48 тыс. долларов в год подлежат только добровольному страхованию.

Добровольное страхование осуществляется в трех видах: полное покрытие больничных расходов (14% населения), оплата больничных услуг по числу дней госпитализации (23% населения), внебольничное

²² Комаров Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования. - 2005. - №1. - С.68

обслуживание (1% населения). При поступлении в больницу по линии ДМС необходимо вначале получить разрешение страховщиков, которые могут предлагать другие варианты, например внебольничное лечение. В этой стране с децентрализованной системой здравоохранения в структуре расходов на здравоохранение средства бюджета земель составляют всего 15,7% (тенденция к уменьшению), средства медицинского страхования — 47,9%, частного страхования — 8,1%, личных средств — 25,1% с тенденцией к росту. По нашему мнению, данная тенденция представляет собой не что иное как уход федеральных властей от ответственности за здоровье и здравоохранение и перекладывание ее на земельные власти и население.

Общим для большинства Европейских стран, если говорить о государственной и негосударственной системе страхования здоровья, является то, что они нацелены на способы охвата данной системой более широких слоев населения. Государственное страхование поддерживается правительством либо в форме прямых субсидий из центральных фондов, либо путем контроля за ценами на медицинские услуги, либо посредством льготного налогообложения. Негосударственное страхование также иногда получает льготы по налогообложению. В целях возмещения расходов на лечение страховые компании предлагают страховые полисы, обеспечивающие покрытие затрат на госпитализацию или расходы на лечение вне стационара. В последнем случае страховые средства могут покрывать все затраты или только какую-то их часть на оказание первичной медико-санитарной помощи, консультацию специалистов, услуги медсестринского персонала, лекарства, лабораторные анализы, использование медицинского оборудования, транспортные расходы, а также, как это имеет место во многих странах, стоимость лечебно-профилактического ухода за зубами и протезирование.

Здесь следует также иметь в виду, что расходы на систему здравоохранения продолжают расти более высокими темпами, чем общий уровень доходов по всему миру, что объясняется старением населения, улучшением технологий и растущими запросами пациентов. Правительства в каждой стране прибегают к различным методам сдерживания цен, предусматривая финансовое стимулирование при оказании эффективного лечения и применении альтернативных методов лечения. В большинстве стран Европы и сейчас ведется поиск наиболее экономичных путей при создании социальных программ, и даже в случае определенных рисков, таких как долгосрочное медицинское обслуживание, государство все чаще утрачивает лидирующую роль. В целом же, как подчеркивается в последних документах ВОЗ, частное страхование далеко не всегда является главным источником финансирования здравоохранения в Европейском регионе, где государства традиционно придерживаются финансирования здравоохранения за счет государственного или обязательного страхования здоровья для каждого гражданина, независимо от его платежеспособности.

В тех странах, где преобладает частное страхование, например в США, не только не реализуются основополагающие принципы справедливости, равенства и доступности медицинской помощи, но и не достигается цель сдерживания расходов и повышения эффективности здравоохранения даже в тех случаях, когда государство пытается каким-то образом регулировать эти процессы. Тем не менее с начала 2004 года в США разрабатываются программы поощрения государственных служащих, ведущих здоровый образ жизни. В Австрии, в соответствии с соглашением между федеральным правительством и землями, задачи по руководству общественным здравоохранением, а также задачи осуществления санитарного и гигиенического контроля делегированы

землям, а решением правительства в 2000 году ответственность за общественное здоровье приобрела межсекторальный характер. В Швейцарии частное страхование является замещающим и обязательным для всех граждан, но частные страховые компании не могут извлекать прибыль из своей деятельности по обязательному страхованию, а регулирующий орган - Федеральное бюро социального страхования - тщательно контролирует их деятельность. При этом размеры взносов устанавливаются отдельно для каждой общины, а не для страны в целом. В некоторых других странах обязательное медицинское страхование охватывает лишь отдельные группы населения, а частное (добровольное) страхование является преобладающим.

Таким образом, как показывает опыт зарубежных стран, при недофинансировании системы обязательного медицинского страхования и/или преобладании частного (добровольного) страхования есть большая вероятность завышения объема и стоимости медицинских услуг и даже назначения не показанных операций, дорогостоящего лечения и т.д. Так, в США, в 70-е годы прошлого века производился (по данным Корнельского университета) 21% ненужных операций. Кроме того, частнопрактикующие врачи, работавшие по договорам с частными страховыми организациями, существенно завышали объемы и стоимость медицинских услуг при невысоком уровне их качества. Несостоятельность рынка заключалась также в свободном выборе поставщика услуг, когда пациенты могли выбирать любую клинику или любого врача без участия страховщиков, а также в свободном выборе лечения, в оплате по принципу "гонорар за услугу", когда врачи проводят лечение в индивидуальной практике независимо от его целесообразности для пациента, назначают дорогостоящие лекарственные препараты без необходимости и т.п.

Осуществляемая в то время политика конкуренции не позволила

достичь таких основополагающих целей здравоохранения, как всеобщая доступность первичной и стационарной помощи. При оплате по принципу "гонорар за услугу" практически всегда есть возможность завышения стоимости медицинской помощи не только за счет предоставления излишних услуг, но и путем увеличения числа посещений на один случай заболевания, назначения множества визитов при сочетающихся заболеваниях и т.д. В результате возникло уже упоминавшееся явление, известное в литературе как "спровоцированный врачами спрос"²³.

Медицинская помощь, являясь многокомпонентным продуктом, в результате несостоятельности рынка оказалась раздробленной, что не позволяло представить, например, американское здравоохранение в виде упорядоченной системы. Именно поэтому в США многие крупные страховые компании стали иметь собственные медицинские учреждения, среди которых отсутствует конкуренция. Стали вводиться системы предварительной оплаты медицинской помощи (СПО), которые предусматривали предварительное согласование цен и объемов медицинской помощи для различных групп населения. В результате такой работы появилось Генеральное соглашение о тарифах на различные виды медицинской помощи между Американской медицинской ассоциацией, а также другими ассоциациями, например ассоциацией больниц, и страховщиками. Страховые компании, оказывающие комплексную медицинскую помощь (так называемые организации поддержания здоровья — Health Maintenance Organizations — НМО), не только урегулировали цены и сформировали систему оплаты труда врачей, преимущественно по принципу "оклад плюс доплата за производительность, удовлетворенность пациентов и за высокие

²³ Источник: <http://www.rosmedstrah.ru>.

экономические показатели", но и создали унифицированные требования к различным технологиям обследования, лечения и реабилитации пациентов в виде соответствующих руководств и протоколов. К сожалению, и в этом случае пациент служит источником доходов как для финансирующей стороны, так и для производителя медицинских услуг. Именно поэтому в США основным критерием качества помощи стала удовлетворенность пациента. Но удовлетворенность пациента является не объективным, а субъективным критерием и не может служить основной оценкой качества медицинской помощи; для этого есть другие критерии, например соответствие примененной и рекомендуемой технологии, соответствие результатов лечения их стандартам и т.д. Иногда в качестве НМО низового уровня могут служить групповые практики, которые постепенно отходят от гонорарной системы оплаты (гонорар за услугу), приближаясь к авансовой, что означает не что иное, как переход от оказания отдельных услуг к оказанию медицинской помощи. Одновременно в США создается некая централизованная система по типу управляемой медицинской помощи (миниполиклиники) без какой-либо конкурентной среды, что исключает рынок.

В ряде стран частное страхование является дополнительным, практически недоступным для лиц с низким доходом, и оказывает те услуги, которые по разным причинам исключены или полностью не покрываются государственным или социальным страхованием. Но, как уже отмечалось выше, в Европе частное страхование не расширяется. Исключение составляет лишь Франция, где добавочное частное страхование поддерживается правительством, и охват им является достаточно высоким (до 90%). Кроме того, отрицательным является тот факт, что система ОМС во Франции не оплачивает полностью стоимость диагностики и лечения. Так, сооплата застрахованных при посещении

врачей составляет 30%, при обращении к медсестрам — 40%, при госпитализации — 25% плюс фиксированный тариф, при покупке лекарств — в среднем 30%. Положительным моментом во французском здравоохранении является широкое участие местных администраций в управлении и организации медицинской помощи.

Определенные положительные стороны есть у канадской модели здравоохранения, несмотря на то, что она является после США самой дорогой в мире (2300 долл. на душу населения, что в 1,5 раза больше, чем в Англии). Вместе с тем, каждый житель Канады получает помощь полностью на бесплатной основе. Бюджет здравоохранения большей частью состоит из бюджета провинций, его дополняют федеральный бюджет, взносы общин, добровольное страхование. При этом каждая из 10 провинций и 2-х территорий вправе выбирать формы финансирования медицинского страхования, поэтому часть провинций финансируют медицинскую помощь за счет налогов (подходного, с оборота, на собственность), другие же дополняют эти средства страховыми взносами. Семьи с низким доходом и лица старше 65 лет взносы не платят. Личные выплаты пациентов ничтожно малы. При этом фактически имеется один страхователь — это правительство провинции, куда направляются счета на оплату медицинской помощи. Программы медицинского страхования включают все виды помощи, за исключением амбулаторной стоматологической, подбора очков, косметологии профилактических осмотров и пребывания в одноместных и двухместных палатах.

Федеральное министерство здравоохранения разрабатывает стратегии развития, занимается долгосрочным планированием, отвечает за подготовку кадров, разрабатывает федеральные стандарты, координирует научные исследования, планирует расходы, ведет медицинскую статистику. Первичная медицинская помощь оказывается врачами общей

практики, а врачи-специалисты, в том числе педиатры и специалисты по внутренним болезням, выполняют только функции консультантов для врачей первичного уровня. Если же врач-специалист не сможет показать, что помощь оказывал по направлению другого врача, то оплата его за этот визит будет меньше. Оплата всех амбулаторных врачей осуществляется за услугу, цена которой фиксируется ежегодно при активном участии медицинской ассоциации. Больницы финансируются по принципу глобального бюджета. Стационарная помощь этапная, дифференцированная и включает в себя специализированные больницы, больницы по уходу, больницы долечивания и восстановительного лечения, центры реабилитации, дома сестринского ухода. Частные больницы, число которых невелико, и частное страхование, за исключением страхования от несчастных случаев, в Канаде не поощряются.

В последние годы в экономических воззрениях ряда западноевропейских стран возникла так называемая "теория социального выбора" в отношении практически всех общественных благ, включая здравоохранение, образование и коммунальные услуги, суть которой состоит в двухступенчатости потребления данных благ, когда до определенного уровня они предоставляются бесплатно или по низким фиксированным ценам, после чего становятся обычными рыночными благами. В то же время некоторые западные специалисты считают, что распределение таких благ с помощью стандартного рыночного механизма неэффективно и негуманно, предлагая заменить его принципом рационализации. Так, четко показано, что различные социально-экономические группы населения имеют разные уровни и структуру заболеваемости и смертности, а соответственно, требуют различных объемов и структуры медицинской помощи.

Позиция же Российской медицинской ассоциации такова, что

нужно делить не виды помощи на фиктивно бесплатные, частично платные и платные, с разбивкой по каждому виду помощи или, что еще сложнее, по каждому заболеванию или группе болезней, как это имеет место в Программе государственных гарантий, а провести дифференциацию населения по платежеспособности, например, так, как это сделано в Голландии. Опыт данной страны интересен тем, что при относительно небольшом по сравнению с рядом других соседних стран ресурсном обеспечении здравоохранения (более низкие показатели обеспеченности населения койками, уровня госпитализации, средних сроков лечения в больницах; по обеспеченности врачами — в 1,5 раза меньше, чем в Германии и Бельгии, дантистами — в 1,8 и фармацевтами — в 2,5-4 раза меньше, чем в Германии и др.), имеют место достаточно высокие показатели здоровья по всем параметрам (рождаемость — 12,8 случаев на 1 тыс. населения, смертность — 8,7 случаев на 1 тыс. населения, СПЖ — 79 лет, в т.ч. у мужчин — 76 лет, у женщин — 81 год, младенческая смертность — 5,0 случаев на 1 тыс. родившихся живыми, уровень заболеваемости — ниже среднего по Западной Европе), в том числе и за счет высокой приближенности медико-социальной помощи к населению и хорошей ее организации. К сожалению, все это требует достаточно высоких затрат на здравоохранение — 8,8% ВВП, или около 25 млрд. евро, что составляет свыше 1400 евро в среднем на одного жителя в год.

В заключение необходимо отметить, что во всех развитых странах реформы и новации в системе финансирования здравоохранения обсуждаются на уровне правительства, специалистов и общественности, рассчитываются риски, оцениваются плюсы и минусы преобразований. Так, для современной системы финансирования международного здравоохранения характерны следующие черты:

1. Прозрачность и подотчетность действий правительств в области

финансирования здравоохранения, взвешенность и широкое обсуждение предлагаемых преобразований при активном участии профессиональных медицинских ассоциаций.

2. Сохранение и укрепление общественного характера здравоохранения, основанного на принципах солидарности, социальной справедливости, равной доступности медицинской помощи для всего населения и единых стандартов ее оказания, независимо от места жительства и дохода.

3. Значительное повышение, в т.ч. законодательным путем, ответственности местных органов власти за здоровье, здравоохранение и охрану здоровья.

4. Сочетание децентрализации медицинских учреждений и централизации стратегического планирования при общей демократизации здравоохранения.

5. Изменение функций и задач органов управления здравоохранения разных уровней, в первую очередь, национального уровня, в рамках гибкой реакции на экстерналии.

6. Изменение статуса медицинских учреждений путем частичного их перевода в некоммерческие организации при сохраняющихся гарантиях на оказание бесплатной медицинской помощи и усилении влияния на их работу со стороны общественности, т.е. попечительских советов.

7. Сдерживание достаточно быстро растущих расходов на здравоохранение на уровне 7-8% ВВП за счет непрерывного поиска наиболее рациональных форм и методов оказания медицинской помощи населению.

8. Существенное ограничение платных услуг и отсутствие поощрения соплатежей пациентов; частное медицинское страхование большей частью является дополняющим, т.е. частично или полностью

покрывающим услуги, не включенные в государственные схемы, и добавочным, т.е. расширяющим возможность выбора, и только в отдельных случаях оно является замещающим.

9. Поиск оптимальных для каждой страны сочетаний финансирования из налогов, обязательных страховых взносов и средств ДМС, а также сочетания разных вариантов оплаты труда врачей.

10. Не деление различных видов медицинской помощи на платные и бесплатные, а выделение состоятельных групп пациентов (около 30%), которые не подлежат оказанию медицинской помощи за счет общественных средств.

11. Повсеместный отход от отдельных элементов рыночных отношений внутри системы здравоохранения, в т.ч. от конкуренции больниц; внешние отношения здравоохранения строятся по рыночному принципу "спрос-предложение" (обеспечение лекарствами и продуктами питания, услуги прачечной, уборка помещений и т.д.). Определенные преимущества национального (государственного) здравоохранения, прекрасно существующего в странах с рыночной экономикой (что уже само по себе означает, что рынок имеет отношение только к экономике), перед сложной системой медицинского страхования.

12. Значимая роль профессиональных врачебных организаций, врачебных палат и медицинских ассоциаций в решении стратегических, тактических и правовых вопросов здравоохранения, а также в самоуправлении профессиональной врачебной деятельностью.

Совершенно очевидно, что Россия не повторит ни один из описанных вариантов, но наиболее вероятный прогноз развития отрасли состоит из их комбинации, преобладающий же определит дальнейшее направление развития системы финансирования учреждений здравоохранения страны.

Резюмируя все изложенное в главе 1 настоящей работы, следует отметить, что сложившаяся в РФ двухканальная система финансирования здравоохранения, реализованная во множестве региональных бюджетно-страховых моделей, обладает следующими недостатками:

Разделение между страховой и бюджетной системами финансирования по объектам (видам медицинской помощи) и предметам (составу возмещаемых расходов) финансирования, а также определение полномочий территориального фонда ОМС не были результатом рационального выбора на основе критериев экономической эффективности и социальной справедливости. Определяющее влияние оказали политические факторы и соотношение размеров взносов работодателей с различными статьями расходов ЛПУ, сложившиеся в каждом отдельном субъекте РФ в переходный период.

В системе ОМС применяются методы оплаты, увязывающие размер финансирования с объемами оказываемой медицинской помощи. Бюджетная часть финансирования, как правило, поступает в ЛПУ вне связи с объемами помощи. Такое сочетание элементов страхового и бюджетного финансирования снижает эффект новых методов оплаты, действующих в системе ОМС, и не создает стимулов у медицинских организаций к поиску путей экономии расходов по отдельным статьям, к поиску вариантов более рационального перераспределения средств между статьями. Возмещение одной части расходных статей из одного источника, а другой части - из иного источника ориентирует медицинские организации на сохранение достигнутого уровня финансирования и его увеличение по всем видам расходных статей и воспроизводит ориентацию ЛПУ на затратное хозяйствование. Кроме того, реально сложившееся распределение полномочий между руководством исполнительной власти субъекта РФ, региональным органом управления здравоохранением,

исполнительной дирекцией фонда ОМС, муниципальными органами власти в принятии решений о финансировании территориальной программы ОМС, как правило, не закреплено в достаточной степени в законодательстве.

В условиях недостаточной правовой закреплённости сложившихся моделей их дальнейшая эволюция становится напрямую зависимой от политических факторов и меняющегося соотношения сил между группами специальных интересов. Между тем критерии эффективности функционирования системы предоставления медицинской помощи населению и критерии политической целесообразности проведения тех или иных организационно-экономических преобразований являются, как правило, противоречащими друг другу. Неограниченная или слабо ограниченная приоритетность политической целесообразности при изменениях в системе финансирования здравоохранения неизбежно оборачивается нерациональным с социально-экономической точки зрения использованием ресурсов.

Институциональный анализ механизма финансирования учреждений здравоохранения РФ позволяет сделать следующий вывод: существующий механизм способен лишь воспроизводить сложившийся режим хозяйствования учреждений и не совместим с требованиями эффективного использования ресурсов и повышения качества оказания медицинской помощи. Затратный порядок финансирования при отсутствии учета результирующих показателей, при наличии нескольких источников финансирования и общей недостаточности выделяемых средств создает ситуацию, в которой проблематичной является сама постановка вопроса о корректной оценке эффективности использования как бюджетных ассигнований, так и средств обязательного медицинского страхования.

Существующая система финансирования прямо противоречит

задаче обеспечения эффективного использования средств, если размер выделяемых средств не покрывает всех расходов учреждений здравоохранения и не связан с результирующими показателями их деятельности. Для решения указанной задачи необходимо отказаться от существующей системы и внедрить иной механизм финансирования учреждений здравоохранения, обеспечивающий прямую увязку и сбалансированность размеров ассигнований и объемов, структуры и качества медицинской помощи.

ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И СПОСОБОВ ИННОВАЦИОННОГО РАЗВИТИЯ ЕЕ ФИНАНСОВО-ИНВЕСТИЦИОННЫХ ПОТОКОВ

2.1. Предпосылки формирования финансовых условий оказания медицинских услуг: конфигурация интересов

Данный параграф диссертационного исследования представляет собой попытку систематизированного отражения проблем и перспектив современного механизма страхового финансирования учреждений здравоохранения на макро- и мезоуровне отрасли в целях выбора и обоснования оптимального способа мироуровневого финансового обеспечения оказания медицинской помощи.

Итак, субъекты системы финансирования здравоохранения имеют противоречивые позиции как по отношению к сохранению гарантий бесплатного медицинского обслуживания, так и по отношению к возможности легализации платных медицинских услуг в целях сокращения объемов неформальной оплаты медицинской помощи.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ декларирует необходимость обеспечения сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения с объемами их государственного финансирования. Для решения данной задачи разрабатываются Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью.

Программы государственных гарантий ориентируют на частичное уменьшение потребностей в государственном финансировании

здравоохранения за счет его реструктуризации, включая сокращение больничных мест, использование которых имеет низкую затратную эффективность.

Программами обосновываются требуемые объемы финансирования здравоохранения. Но фактические размеры государственного финансирования здравоохранения не обеспечивали даже покрытия расчетных показателей стоимости программ, являющихся заниженными.

По мнению Министерства здравоохранения и социального развития РФ, дефицит финансирования программ должен быть восполнен за счет увеличения либо бюджетных ассигнований на здравоохранение, либо социального налога. Также предлагалось ввести официальные соплатежи пациентов за оказываемую им медицинскую помощь²⁴.

Анализ данных интервью, проведенных с руководителями администраций субъектов РФ²⁵, показывает, что их позиции по отношению к перспективам сохранения гарантий бесплатной медицинской помощи дифференцируются в зависимости от экономического уровня развития региона, стабильности власти и сложившейся направленности социальной политики в регионе. Чем ниже уровень социально экономического развития региона, тем выше вероятность того, что его руководители будут придерживаться патерналистски ориентированной социальной политики, в рамках которой сохранение гарантий бесплатной медицинской помощи рассматривается как необходимое.

Напротив, в регионах с высоким уровнем социально-экономического развития, руководители ориентированы на

²⁴ О ходе реализации Концепции развития здравоохранения медицинской науки, задачах на 2001-2005 годы и на период до 2010 года. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 2001.

²⁵ Источник: материалы ИЭПП.

инновационную социальную политику и считают целесообразным ее дифференциацию, которая бы учитывала различные возможности высокодоходных и низкодоходных групп населения по оплате услуг в социальной сфере.

При этом лидеры как с относительно высоким так и с низким потенциалом влияния не поддерживают радикальные стратегии социальной политики в своих регионах, предпочитая радикальным вариантам преобразований эволюционные. Как в регионах с патерналистски ориентированной социальной политикой, так и в регионах с рыночно ориентированной политикой, высшие руководители хорошо осведомлены о практике неформальных платежей за медицинские услуги, однако не видят других механизмов борьбы с подобными явлениями, кроме правовых, отмечая недостаток правового и законодательного обеспечения. Некоторые из них признают, что только благодаря практики неформальных платежей, ведущим стационарам регионов удастся сохранить квалифицированный состав врачей и специалистов, успешно работающих в медицинских учреждениях.

Превалирующая позиция региональных органов управления здравоохранением в отношении экономических условий медицинского обслуживания населения сводится к следующему:

1. Планируемые объемы медицинской помощи по программе государственных гарантий должны быть сбалансированы с объемами их государственного финансирования или же уменьшены, исходя из реальных возможностей государства и регионов.

2. Если придется уменьшить гарантированные объемы предоставляемой медицинской помощи, то возможно введение платы за медицинские услуги "сверх гарантированных". Отличие

от нынешней системы платных услуг будет заключаться в том, что плата за них будет обязательной для всех, тогда как в настоящее время одна и та же услуга может быть предоставлена как бесплатно, так и за деньги.

3. Регионы должны быть поставлены в равные условия финансирования реализации программы государственных гарантий.

4. Следует усилить координацию действий субъектов финансирования здравоохранения по горизонтали и вертикали. Межбюджетные отношения должны быть абсолютно прозрачными. Минздраву следует выступить с инициативой установления в бюджетном законодательстве норм, запрещающих региональным и муниципальным властям перераспределять поступившие из бюджета целевым назначением деньги.

Сохранение дефицита финансирования программ государственных гарантий содействует:

- увеличению объема платных услуг и неформальных платежей и, как следствие, росту социальной напряженности;
- оттоку квалифицированных врачей (в частные медицинские организации или в другие сферы деятельности);
- ухудшению здоровья населения.

Главные врачи ЛПУ, расположенных в областных центрах и в крупных городах регионов позитивно оценивают практику развития платных услуг, так как благодаря им они получают дополнительные доходы, а также имеют возможность повысить официальный уровень заработной платы персонала.

Как показали данные исследований²⁶, чем ниже иерархический уровень, тем меньшее число сторонников преобразований в здравоохранении. Часть медицинских работников (около 30%), в процессе интервью продемонстрировали высокий уровень заинтересованности в пересмотре гарантий бесплатной медицинской помощи, что объясняется желанием повысить уровень доходов, который у большинства из них остается весьма низким. Одновременно, подавляющая часть врачей, непосредственно работающих с больными, отмечала низкий материальный уровень своих пациентов, большую долю среди последних так называемых социальных больных, что предопределяло осторожный характер сделанных ими оценок.

В целом, проделанное исследование позволяет убедиться в нецелесообразности радикальных мер по реформированию правил предоставления медицинской помощи населению, что объясняется как низкой готовностью региональных властей и главных врачей стационаров к подобным мерам, так и низким уровнем доверия к радикальному реформированию медицинской отрасли со стороны врачей и среднего медицинского персонала.

Многие работники Министерства здравоохранения и социального развития РФ считают, что введение ОМС себя не оправдало, затраты на содержание аппарата фондов ОМС и страховых медицинских организаций значительны, а необходимость их для системы здравоохранения сомнительна. Однако руководство министерства декларирует необходимость сохранения и развития ОМС, обосновывая такую позицию тем, что ОМС дает отрасли дополнительные средства. Минздрав готов поддерживать такие варианты модернизации системы ОМС, которые

²⁶ Источник: материалы ИЭПП.

обеспечивают увеличение размеров государственного финансирования здравоохранения и не сокращают полномочий министерства в регулировании системы здравоохранения.

Обсуждая позиции различных субъектов модернизации системы ОМС, особого внимания требует позиция Министерства финансов РФ, которая в решении этой проблемы является ключевой. Поддерживая в последние годы необходимость существования медицинского страхования и модернизации сложившейся системы ОМС, Минфин фактически затягивал принятие каких-либо определенных решений. Контроль за целевым расходованием средств в системе ОМС представляется Минфину гораздо менее результативным, чем в бюджетной системе.

Руководители региональных органов власти в основном критически относятся к существующей системе ОМС, но заинтересованы в сохранении территориальных фондов ОМС. Средства внебюджетных фондов легче использовать, по сравнению с региональным бюджетом, для решения различных политических задач поддержки того или иного муниципального образования, для финансирования предвыборных кампаний и т.п. Случаи положительного отношения к системе ОМС и поддержка участия в ней негосударственных страховщиков, по всей видимости, обуславливаются личными экономическими интересами руководителей, которые контролируют деятельность той или иной страховой медицинской организации. Соответственно такие региональные руководители не имеют прямой заинтересованности в реформировании сложившейся системы ОМС.

Среди руководителей региональных органов управления здравоохранением можно выделить две позиции по отношению к системе ОМС: "полное неприятие" и "критическое отношение". Сторонники первой позиции считают, что введение ОМС совершенно себя не оправдало:

происходит распыление средств. На их взгляд, необходимо вернуться к бюджетному финансированию, это позволит уменьшить субъективизм в их расходовании. Вторая часть руководителей РОУЗ тоже убеждена в неэффективности сложившейся системы ОМС, но тем не менее отдает ей предпочтение по сравнению с бюджетным финансированием при котором отсутствует контроль за деятельностью ЛПУ.

Главные врачи медицинских учреждений являются наиболее последовательными противниками сложившейся двухканальной системы финансирования ЛПУ: из бюджета и из системы ОМС. Еще недавно большинство из них выступали против системы ОМС и за возвращение к бюджетному финансированию, поскольку взаимодействовать со страховщиками и фондами ОМС для них было сложнее, чем с органами здравоохранения.

С переводом бюджетного финансирования на казначейское исполнение и введением жесткого контроля органов казначейства за исполнением утвержденной каждому ЛПУ детальной сметы доходов и расходов многие руководители ЛПУ изменили свое отношение к ОМС, поскольку в этой системе они обладают большими правами самостоятельно распоряжаться полученными средствами. В реальности главные врачи более всего заинтересованы в том, чтобы государственное финансирование покрывало их расходы и поступало в срок.

Анализ конфигурации интересов и позиций субъектов системы финансирования по отношению к ее реформированию позволяет сделать следующие выводы.

Пересмотр государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, реструктуризация системы медицинского обслуживания, модернизация системы ОМС не являются в настоящее время приоритетными с точки зрения реализации интересов субъектов

финансирования здравоохранения. Соотношение возможных выгод и издержек проведения преобразований для каждого из этих типов субъектов оказывается хуже, чем соотношение выгод и издержек сохранения существующей ситуации.

Фактический отказ от пересмотра государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения в сочетании с сокращением размеров их финансирования привели к широкомасштабному замещению государственных расходов частными, преимущественно в формах теневых и квазиформальных платежей, что обуславливает неэффективное расходование государственных средств. При этом политические и экономические издержки изменения сложившегося сочетания формальных и неформальных институтов оплаты медицинской помощи оказываются очень высокими.

Легализация неформальных платежей населения за медицинскую помощь будет сопровождаться значительным ростом цен на медицинские услуги, которые будут значительно выше, чем прежние теневые цены. Это приведет к падению доступности медицинских услуг для низкодоходных и среднедоходных слоев населения, что также будет способствовать росту социальной напряженности и недовольству большей части населения.

В среде врачей и медицинского персонала легализация неформальных платежей приведет к снятию проблемы лишь частично.

Масштабная реструктуризация системы здравоохранения, которая необходима для существенного повышения эффективности государственного финансирования здравоохранения, связана со значительными политическими рисками для органов власти всех уровней. Сохранение существующей сети ЛПУ, обуславливающей неэффективное размывание имеющихся средств, оказывается более приемлемым с политической точки зрения, чем ее реструктуризация.

Отсутствие четких правил осуществления страховых платежей за неработающее население из местных и региональных бюджетов обусловило несбалансированность базовой программы ОМС с финансовыми ресурсами, аккумулируемыми в системе ОМС. Их недостаточно для полноценного финансового обеспечения медицинской помощи застрахованных. Это породило множество эклектичных и неэффективных региональных бюджетно-страховых моделей финансирования здравоохранения. Изменение положения возможно путем либо участия федерального бюджета в софинансировании платежей на ОМС неработающего населения, либо принятия политических решений, однозначно обязывающих субъектов РФ осуществлять такие платежи в необходимых размерах. В первом случае высоки экономические издержки для федеральных органов власти, а во втором случае – политические издержки.

Другой институциональной проблемой стали условия участия страховых компаний в системе ОМС. Сформированная нормативно-правовая база не стимулирует развитие конкуренции между страховщиками и не ориентирует их на рост эффективности использования страховых средств и ресурсного потенциала системы здравоохранения. Формальные правила заключения договоров между страхователями, страховщиками и медицинскими организациями в значительной мере дополняются неформальными правилами и соглашениями, препятствующими эффективному использованию страховых средств.

В сложившейся ситуации административные издержки развития легальной конкуренции между страховщиками и превращения их в эффективных участников системы обязательного медицинского страхования оказываются слишком велики.

Таким образом, существующая система государственного

финансирования здравоохранения находится в положении достаточно устойчивого, но неэффективного институционального равновесия. Субъекты внутри отрасли здравоохранения заинтересованы в большей мере в сохранении этой системы, чем в ее модернизации. Серьезные изменения могут произойти лишь под сильным внешним давлением со стороны руководителей органов власти на федеральном и региональном уровнях.

Можно предполагать, что экономический рост, увеличение занятости и доходов населения будут повышать для значительной части населения ценность здоровья и усиливать электоральную значимость состояния здравоохранения и возможностей доступа к качественной медицинской помощи. Учет этого фактора заставит органы исполнительной и представительной власти оказывать более сильное давление на субъектов системы финансирования здравоохранения, побуждая их к реальным преобразованиям и контролируя их ход.

В качестве направлений преобразований в системе финансирования здравоохранения предлагается рассматривать следующие.

Необходимо более четкое определение обязательств государства по оказанию бесплатной медицинской помощи в системе ОМС. Нужно установить объемы медицинской помощи не только в целом по стране и субъектам Федерации, но и определить конкретный состав, объемы медицинских услуг и лекарственного обеспечения, бесплатное предоставление которых государство гарантирует гражданам в случае разных видов заболеваний. Это должны быть медико-экономические стандарты, определенные по каждой нозологии, и отражающие не желаемый уровень оказания медицинской помощи, а экономически возможный для государства при реальных размерах финансирования здравоохранения. Нужно четко определить состав медицинской помощи,

который государство может действительно бесплатно предоставить населению в рамках системы ОМС. Этот пакет услуг должен быть сбалансирован с выделяемыми государством на его выполнение средствами.

В качестве других направлений необходимой модернизации системы ОМС выступают:

- установление подушевых нормативов взносов на ОМС неработающих граждан из бюджетов субъектов Российской Федерации;
- использование средств федерального бюджета для субсидирования платежей за неработающее население;
- концентрация в Федеральном фонде ОМС более весомой части средств ОМС за счет изменения пропорции распределения средств социального налога между Федеральным и территориальными фондами ОМС, и расширение таким образом возможностей Федерального фонда по выравниванию финансовых условий реализации базовой программы ОМС в разных регионах;
- устранение существующей двойственности каналов финансирования медицинских учреждений за одну и ту же деятельность; все средства, предназначенные для финансирования медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС, должны быть сосредоточены в системе ОМС и использоваться для оплаты страховщиками объемов помощи, оказываемых гражданам медицинскими учреждениями;
- значительное усиление государственных требований к деятельности страховщиков в системе ОМС с тем, чтобы превратить их из пассивных посредников в движении финансовых средств в активных покупателей оптимальных для населения

объемов медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях;

– предоставление застрахованным права выбора страховщиков;

– унификация механизмов ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе ОМС²⁷.

Решающим условием преодоления социальных и политических барьеров реструктуризации является выход на качественно иной уровень координации политики органов государственной власти по горизонтали (прежде всего органов здравоохранения, социальной защиты и финансов, фондов ОМС) и по вертикали и обеспечение ее комплексности и последовательности. Необходимо создание системы комплексного планирования здравоохранения.

Особую проблему в рамках поставленной темы настоящего диссертационного исследования представляет собой финансовое взаимодействие между финансирующей стороной - Фондом обязательного медицинского страхования и учреждениями здравоохранения, о чем подробно пойдет речь в следующем параграфе.

2.2. Классификационная характеристика методов оплаты медицинских услуг в рамках ОМС

Данный параграф настоящей работы представляет собой попытку классификации методов оплаты медицинской помощи ЛПУ и выработки предложений по совершенствованию механизма оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

²⁷ Источник: <http://www.rosmedstrah.ru>.

Здесь нами дается оценка действующих методов оплаты, излагаются критерии выбора, принципы построения и основные аспекты рекомендуемой системы оплаты медицинской помощи. Следует также отметить, что упомянутая система может иметь различные варианты, учитывающие особенности сложившегося в конкретном субъекте РФ порядка финансирования. В последующем мы конкретизируем изложенное в рамках разработки инновационного подхода к реализации предложенной модели.

Возвращаясь к исходной цели настоящего диссертационного исследования, подчеркнем, что задача совершенствования механизма финансирования учреждений здравоохранения средствами фонда ОМС в рамках инновационного подхода состоит в предложении системы оплаты медицинской помощи, позволяющей более эффективно использовать средства ОМС и стимулировать процесс реструктуризации здравоохранения.

Кроме того, необходимо преодолеть сложившуюся множественность подходов (как между отдельными субъектами РФ, так и в пределах каждого из них) и приблизиться к формированию унифицированной системы оплаты медицинской помощи по всей стране, отвечающей требованиям Фонда ОМС и Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Процесс унификации системы оплаты медицинской помощи должен предполагать ее построение на основе единых критериев и принципов. Т.е., мы исходим из необходимости постепенного перехода к универсальной системе договорных отношений между финансирующей стороной и учреждением здравоохранения.

Такая необходимость диктуется требованиями эффективного использования не только средств ОМС, но и взаимосвязанностью всех видов медицинской помощи и статей затрат, финансируемых из различных

источников. В настоящее время предлагаются возможные механизмы такого перехода, которые могут быть рассмотрены Министерством здравоохранения и социального развития РФ и органами управления здравоохранением субъектов РФ. В то же время, главной задачей нам представляется оптимизация порядка оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

Итак, существует два принципа возмещения расходов медицинских организаций (рис.2.1).

1. Принцип ретроспективной оплаты, предусматривающий следующее:

- ЛПУ самостоятельно определяет объемы оказываемой медицинской помощи;
- финансирующая сторона оплачивает фактические объемы оказанной медицинской помощи;
- все финансовые риски, связанные с оплатой медицинской помощи, несет финансирующая сторона.

2. Принцип предварительной оплаты. Данный принцип предусматривает, что:

- финансирующая сторона планирует объемы медицинской помощи в увязке с ожидаемыми финансовыми ресурсами;
- финансирующая сторона согласовывает планируемые объемы медицинской помощи с ЛПУ;
- финансовые риски, связанные с отклонениями плановых и фактических объемов медицинской помощи, делятся между финансирующей стороной и ЛПУ в порядке, установленном "Положением о порядке оплаты медицинской помощи в системе ОМС".



Рис.2.1. Классификация методов оплаты медицинской помощи

При ретроспективном принципе оплаты страховщик не имеет сильных рычагов влияния на объемы и структуру оказываемой медицинской помощи, вследствие чего в ходе проведения медико-экономической экспертизы можно выявить случаи необоснованных госпитализаций и использования медицинских технологий с низкой затратной эффективностью (низкими клиническими результатами в расчете на единицу затрат), но этого недостаточно для того, чтобы исключить нерациональное использование средств. При предварительной оплате медицинской помощи страховщик планирует и заказывает определенные объемы медицинской помощи с учетом приоритетов развития здравоохранения и имеющихся финансовых ресурсов. В договоре с медицинской организацией фиксируются объемы оплачиваемой помощи.

Принцип предварительной оплаты предполагает, с одной стороны, активизацию роли финансирующей стороны как покупателя медицинской помощи, с другой — более широкое использование инструментов планирования. С помощью экономических рычагов страховщик управляет объемами и структурой медицинской помощи, руководствуясь при этом показателями, заложенными в программу государственных гарантий. Переход на предварительную оплату базируется на накопленной информации о стоимости и фактическом числе случаев и предусматривает дальнейшее накопление этой информации с необходимой детализацией.

Подробнее рассмотрим ретроспективные методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (гонорарные методы).

К ним относятся следующие:

- за фактическое количество посещений;
- за фактическое количество простых услуг;
- за фактическое количество законченных случаев

амбулаторно-поликлинической помощи по тарифам, рассчитанным на основе медико-экономических стандартов. В этом случае оплата осуществляется на основе нормативной стоимости лечения независимо от фактического числа посещений, фактического объёма параклинических и других медицинских услуг.

Все перечисленные методы объединяет то, что размер возмещения напрямую зависит от выполненного объёма работ. Достоинство указанных методов состоит в том, что они позволяют стимулировать объем оказываемых услуг, что имеет особое значение, когда начинается работа по использованию экономических методов управления. Потенциальный недостаток — возможность необоснованного расширения объема услуг, превышающего финансовые ресурсы страховщика и искажающие заложенные в программе государственных гарантий приоритеты и объемные показатели. В условиях слабой информированности пациента о наборе необходимых услуг врачи могут неоправданно увеличивать число посещений и простых услуг, либо завышать сложность случая (при расчете по законченному случаю), что увеличивает длительность и стоимость лечения. В целях нейтрализации этого недостатка страховщик должен рационально управлять методом оплаты — планировать объемы услуг и объем расходов, контролировать обоснованность оказываемых услуг и прочее. При этом страховщик вынужден нести высокие затраты на обработку огромного объема данных об оказанных услугах.

При использовании ретроспективных (гонорарных) методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи утрачивается экономическая заинтересованность первичного звена медицинской помощи в улучшении здоровья пациентов, что ведет к сокращению объема профилактической деятельности. Снижается ответственность врачей за состояние здоровья прикрепившегося населения. Кроме того, утрачивается координирующая

функция врачей первичного звена — заинтересованность в рациональном выборе места оказания помощи на других этапах, обеспечение преемственности лечения на разных этапах, оценка качества услуг, оказываемых другими медиками, имеющая особое значение в деятельности врачей общей практики. Таким образом, в том виде, в каком ретроспективные методы оплаты используются в системе ОМС, они не отвечают задачам ресурсосбережения и предсказуемости затрат на оказание амбулаторно-поликлинической помощи.

Перечисленные ретроспективные методы оплаты могут быть преобразованы в предварительные. Для этого: а) тарифы на услуги устанавливаются в баллах, б) планируется объем финансирования помощи определенному контингенту населения. Стоимость балла определяется делением планируемого объема финансирования на количество единиц медицинской помощи, измеренной в баллах. Оплачивается определенное количество баллов, но не свыше планируемой суммы. Результатом использования балльного метода может быть необоснованное увеличение объема медицинских услуг, но это не ведет к перепотреблению финансовых средств, то есть выполняется требование предсказуемости расходов.

В отличие от гонорарных методов оплаты (в том числе балльного гонорарного метода), методы подушевого финансирования амбулаторно-поликлинического звена не предполагают возмещения фактического объема оказываемых услуг. Они основываются на передаче финансовых средств поликлинике по подушевому нормативу финансирования на каждого прикрепившегося застрахованного.

Можно выделить несколько вариантов подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи:

Подушевое финансирование на объём собственной деятельности

амбулаторно-поликлинического звена (территориальная поликлиника, общая врачебная практика и др.), то есть финансирование в расчёте на прикрепившийся контингент населения и номенклатуру оказываемого объёма услуг.

Подушевое финансирование поликлиники на общий объём внебольничной помощи (комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу), то есть финансирование не только на собственную деятельность, но и на те виды амбулаторно-поликлинических услуг, которые поликлиника не может предоставить сама и покупает в других медицинских учреждениях.

Подушевое финансирование поликлиники с реализацией принципа фондодержания при расчетах за внебольничную и стационарную помощь (метод фондодержания). В зависимости от объема медицинской помощи, включаемого в подушевой норматив финансирования поликлиники (полный объем всех видов медицинской помощи или его часть), различают полное и частичное фондодержание.

При применении для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи подушевого финансирования на объём собственной деятельности поликлиники необходимо учитывать ряд недостатков метода:

- отсутствие экономических стимулов к ресурсосбережению и снижению затрат на стационарные виды помощи;
- слабая заинтересованность врача в интенсивной работе;
- возможность необоснованного сокращения объёма амбулаторных услуг.

При подушевом финансировании поликлиники на общий объём внебольничной деятельности появляется стимул брать на себя основную нагрузку по оказанию специализированной амбулаторной помощи,

оптимизировать использование консультаций вне данной поликлиники. В то же время при данном методе сохраняется главный недостаток подушевого финансирования — поликлиника заинтересована направлять в стационары тех больных, которых можно лечить амбулаторно, то есть отсутствуют стимулы к перемещению стационарной помощи на амбулаторный этап.

При применении метода подушевого финансирования поликлиники с реализацией принципа фондодержания при расчетах за внебольничную и стационарную помощь повышается заинтересованность в увеличении объема внебольничной помощи, снижается число необоснованных госпитализаций, появляется реальная заинтересованность в сохранении здоровья своих пациентов. Но при этом методе возможны необоснованные задержки направления пациентов в стационар.

При применении метода подушевого финансирования поликлиники с реализацией принципа фондодержания, страховщик по поручению поликлиники оплачивает услуги, полученные пациентами поликлиники в стационаре или в другом амбулаторно-поликлиническом учреждении, вычитая соответствующие суммы из финансовых средств, причитающихся поликлинике по подушевому нормативу в расчете на численность прикрепившегося населения. При этом страховщик осуществляет контроль за объемом и качеством оказываемых медицинских услуг, не допускает необоснованных задержек направлений пациентов в стационар, на дополнительные консультации и обследование.

При применении метода полного фондодержания необходимо разделение финансовой ответственности за оплату стационарной помощи между поликлиниками и страховщиками, так как особо дорогостоящие виды стационарной помощи способны разорить поликлиники. Для нейтрализации этого недостатка часть подушевого норматива

резервируется страховщиком для прямого покрытия расходов по лечению пациентов, выходящих за рамки установленного лимита.

В условиях ограниченных финансовых ресурсов здравоохранения возникает необходимость нормирования расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь и планирования объёма оказываемых услуг на этапе оказания первичной медицинской помощи. Это возможно при использовании для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи предварительных методов.

К ретроспективным методам оплаты стационарной помощи относятся следующие:

- за фактическое количество койко-дней;
- за фактическое количество законченных случаев лечения по тарифам, рассчитанных на основе разных единиц учета (по нозологическим единицам, медико-экономическим стандартам, клинко-связанным группам, среднепрофильному случаю).

Оплата за фактическое количество койко-дней стимулирует необоснованное наращивание количества койко-дней. Можно нормировать число койко-дней по каждой нозологической группе, но и в этом случае данный метод носит затратный характер: стационар заинтересован в увеличении сроков пребывания до нормативных даже в тех случаях, когда курс стационарного лечения завершен и пациент может получать помощь в амбулаторных условиях. Такая заинтересованность диктуется прежде всего тем, что основная часть затрат приходится на первые несколько дней интенсивного стационарного лечения, в последующие дни затраты снижаются, а оплата осуществляется по твердым тарифам, рассчитанным на средний койко-день. Этот недостаток снимается при использовании метода оплаты за фактическое число законченных случаев по тарифам, рассчитанным на выбранную единицу учета объемов. В этом случае

возмещается нормируемая стоимость случая, независимо от фактического числа проведенных койко-дней. В пределах допустимых отклонений от нормируемых сроков лечения (выше и ниже) законченный случай лечения оплачивается по одним и тем же тарифам. Однако, при этом сохраняется заинтересованность стационара в завышении объемов помощи и наращивании числа необоснованных госпитализаций. Этот метод также не отвечает требованиям ресурсосбережения и предсказуемости затрат.

Оплата за фактическое количество законченных случаев стационарного лечения является ретроспективным методом оплаты при оплате по тарифам в денежном выражении. Тот же метод при использовании балльной системы может быть отнесен к предварительным, но при условии планирования объема и ограничения общего объема средств на стационарную помощь.

Далее приведем подробную оценку сложившейся системы оплаты медицинской помощи в рамках ОМС.

Итак, переход на ОМС обеспечил изменение всей системы отношений между финансирующей стороной и медицинскими организациями. Главные позитивные результаты использования методов оплаты медицинской помощи сводятся к следующему.

1. Принцип содержания учреждений здравоохранения постепенно уступает место принципу оплаты реальных результатов их деятельности — выполненным объемам медицинской помощи. Из общего числа больниц, работающих в системе ОМС, более 60% оплачиваются по тарифам за случай лечения в разрезе отдельных диагностических групп или профильных специальностей. В сфере амбулаторно-поликлинической помощи утверждаются новые методы оплаты — по подушевому нормативу, за оказанную услугу, законченный

случай амбулаторного лечения. На второй план уходит финансирование на основе статей бюджетной классификации (сметы расходов).

2. Накоплены большие массивы медико-экономической информации. Эта информация может быть использована для оптимизации потоков пациентов и финансовых средств на основе современных методов планирования.

3. Повысилась роль экономических методов управления медицинскими организациями.

4. Созданы условия для выбора пациентами медицинской организации и врача.

В то же время, используемые методы оплаты не решают главных задач, стоящих перед здравоохранением. Здесь мы должны выразить согласие с авторами Методических рекомендаций по выбору и организации системы оплаты медицинской помощи при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования²⁸ в части основных недостатков используемых методов оплаты медицинских услуг, к числу которых можно отнести следующие:

Незавершенность перехода на методы оплаты за реальные объемы работ. Не только бюджетные средства, но и часть средств ОМС расходуются на содержание ЛПУ на основе сметного финансирования.

Низкая доля средств, проходящих через систему ОМС. Страховщики, контролируя не более трети финансов здравоохранения, не могут существенно влиять на экономическую мотивацию медиков. Значительная часть ЛПУ вообще выпала из системы ОМС. Для ЛПУ,

²⁸ Исакова Л. Е. и колл. авт. Методические рекомендации по выбору и организации системы оплаты медицинской помощи при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. - М., 1999.

входящих в систему ОМС, до половины средств поступает из бюджета на основе прямого финансирования определенных статей бюджетной классификации или видов помощи — вне механизма договорных отношений с учреждениями. Это существенно снижает положительный эффект новых методов оплаты.

Нечеткость приоритетов и требований к системе оплаты медицинской помощи. Подготовленные в 1993 г. "Рекомендации по выбору способов и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования" представили достоинства и недостатки разных методов оплаты, но не сформулировали задачу участия системы ОМС в процессе преодоления структурных диспропорций в здравоохранении. Не были определены предпочтительные подходы, соответствующие стратегии развития системы ОМС. В результате набор используемых методов оказался явно чрезмерен. Это затрудняет проведение единой линии на реструктуризацию здравоохранения, препятствует построению рациональной системы взаиморасчетов между территориями за оказанную медицинскую помощь. Кроме того, в пределах каждого субъекта РФ для одних и тех же звеньев оказания медицинской помощи часто используются разные методы оплаты, то есть отсутствует единая система оплаты медицинской помощи.

Отсутствие системности в оплате отдельных видов медицинской помощи. Многие территории используют такое сочетание методов оплаты стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи, которое ведет к перемещению ресурсов в сторону дорогостоящих видов помощи (например, сочетание разных версий оплаты за фактический объем стационарной помощи и сметного финансирования поликлиник).

Недостаточная увязка порядка оплаты медицинской помощи страховщиками с общей системой планирования здравоохранения.

Разработка территориальной программы государственных гарантий осуществляется на основе планируемых нормативов объемов медицинской помощи и финансовых нормативов в расчете на единицу объемов помощи. Заложенные в этой программе нормативы согласуются с муниципальными образованиями и доводятся до ЛПУ в виде муниципального заказа или иной формы заданий. Но реальная оплата медицинской помощи, как правило, осуществляется страховщиками на основе договора с ЛПУ, не устанавливающего объемы оплачиваемой медицинской помощи. Если используются методы, стимулирующие рост объема услуг, то реально оплачиваемые объемы могут превышать те, которые заложены в программу государственных гарантий. Обычно данное противоречие разрешается путем снижения подушевого норматива финансирования или тарифов. Это подрывает основу для рационального планирования здравоохранения в увязке с имеющимися финансовыми ресурсами и выбранными приоритетами.

Ослабление плановой функции в деятельности страховщиков. За основу взят принцип оплаты за фактические объемы медицинской помощи. Страховщики оплачивают представленные реестры, но практически не занимаются планированием объемов медицинской помощи. В их деятельности слабо прослеживается линия на оптимизацию структуры оказания медицинской помощи и повышение эффективности использования ресурсов с использованием современных методов управления потоками пациентов и финансовых средств (методов управляемой медицинской помощи). Во многих территориях страховые медицинские организации не участвуют в разработке программы государственных гарантий, что неизбежно порождает разрыв между планируемыми и реально оплачиваемыми объемами медицинской помощи.

В результате используемые методы оплаты носят затратный

характер, усугубляя структурные диспропорции в здравоохранении. Больницы получают сильные стимулы к наращиванию объема стационарной помощи, в том числе и тех видов помощи, которые могут оказываться амбулаторно или в дневных стационарах. Другой результат используемых методов оплаты — низкая предсказуемость затрат на оказание медицинской помощи, что затрудняет осуществление программы государственных гарантий и планирование деятельности на уровне ЛПУ.

В этой связи необходимо выделить приоритетные задачи и требования к построению системы оплаты медицинской помощи:

Способствовать реструктуризации здравоохранения, обеспечивать более эффективное использование ресурсов ОМС;

Обеспечить соответствие оплачиваемых объемов и структуры медицинской помощи финансовым ресурсам, запланированным Территориальной программой государственных гарантий, т.е. в максимально возможной степени обеспечить предсказуемость затрат и их соответствие планам финансирования здравоохранения.

Решение первой задачи предполагает активизацию роли страховщиков (страховых медицинских организаций, страхующих филиалов территориальных фондов ОМС) в выборе наиболее рациональных маршрутов движения пациентов и финансовых средств. Выбранные методы оплаты должны оптимизировать структуру оказания медицинской помощи и тем самым стимулировать реструктуризацию здравоохранения. Система оплаты в целом должна стать инструментом реализации программы государственных гарантий.

Решение второй задачи призвано обеспечить повышение уровня управляемости системой финансирования здравоохранения. Оплате подлежат прежде всего те объемы медицинской помощи, которые запланированы программой государственных гарантий. Эти объемы

должны быть в максимально возможной степени увязаны с оценкой поступлений государственных средств из всех источников.

Задачи ресурсосбережения и предсказуемости затрат диктуют следующие главные требования к выбору методов оплаты для отдельных видов медицинской помощи.

Для звена первичной амбулаторно-поликлинической помощи:

- обеспечение заинтересованности звена в сохранении здоровья прикрепившегося населения и снижении частоты и тяжести обострений для хронических больных;
- обеспечение заинтересованности звена в увеличении объема собственной деятельности и сокращении необоснованных направлений к узким специалистам и в стационар;
- обеспечение заинтересованности в рациональном расходовании собственных ресурсов, в первую очередь параклинических услуг.

Для стационарной помощи:

- обеспечение заинтересованности в оптимизации объема стационарной помощи за счет снижения числа необоснованных госпитализаций;
- обеспечение заинтересованности в снижении длительности пребывания пациента в стационаре;
- обеспечение заинтересованности в эффективном расходовании своих ресурсов.

Представленные задачи и требования нацелены на сохранение всех положительных сторон действующих методов оплаты медицинской помощи. Методы оплаты должны обеспечивать оплату реальных результатов деятельности медицинских организаций, а не используемых ресурсов. Они ориентируют на повышение уровня экономической работы

как финансирующей стороны, так и медицинской организации.

На сегодняшний день, по нашему мнению, совершенствование финансового взаимодействия ЛПУ и системы обязательного медицинского в целях повышения социальной эффективности и качества оказываемой медицинской помощи возможно лишь на принципах предварительной оплаты услуг: методом глобального бюджета.

2.3. Методологические аспекты формирования глобального бюджета как перспективной системы финансирования учреждений здравоохранения

Предваряя рассмотрение системы формирования глобального бюджета как перспективного метода финансирования учреждений здравоохранения, необходимо дать некоторые концептуальные и методологические уточнения.

Под глобальным бюджетом нами понимается метод оплаты стационарной помощи, при котором финансирующая сторона оплачивает медицинской организации заранее согласованные объем и структуру стационарной помощи²⁹.

Условия оплаты по методу глобального бюджета определяются договором, заключаемым между страховщиком (страховой медицинской организацией, филиалом страхующего фонда) и муниципальной больницей, а также иными организациями, оказывающими стационарную помощь. Главное отличие метода глобального бюджета от действующих

²⁹ Исакова Л. Е. и колл. авт. Методические рекомендации по разработке и согласованию плановых объемов стационарной помощи и размера их финансирования (глобального бюджета стационара). - М., 1999.

сегодня методов оплаты стационарной помощи состоит в том, что оплата этой помощи осуществляется не по факту ее предоставления (ретроспективно), а на основе разработанного и согласованного заказа на определенный объем помощи. При таком подходе стационар может рассчитывать на оплату только заказанных видов помощи в пределах допустимых отклонений.

Глобальный бюджет характеризуется следующим:

- величина оплаты определяется согласованными объемами и структурой медицинской помощи предварительно, до момента оказания помощи;

- обязательства финансирующей стороны ограничиваются определенным периодом времени, обычно календарным финансовым годом;

- ЛПУ может самостоятельно использовать часть экономии, возникающей в результате оптимизации структуры помощи, например, в результате перенесения необоснованных случаев госпитализации из стационара в амбулаторное звено;

- устанавливаются возможные отклонения фактических объемов от плановых (коридор риска), в пределах которых выплачивается согласованная сумма — как в случае превышения плановых объемов, так и при их невыполнении.

Особенно эффективен метод оплаты по глобальному бюджету при переходе на многоуровневую (многоэтапную) систему оказания медицинской помощи. Так как оплата по глобальному бюджету не связана с числом коек и штатов, то стационар может выбирать самые эффективные варианты оказания медицинской помощи, сокращать и перепрофилировать свои мощности без риска потерять финансирование.

Кроме того, положительными моментами, с точки зрения

стационаров, являются:

- возможность приблизить тарифы к фактическим затратам стационара;
- реальные, а не условные обязательства по финансированию;
- получение экономии, возникающей за счёт оптимизации структуры работ;
- возможность использовать высвобождающиеся мощности для оказания услуг на платной основе и по договорам добровольного медицинского страхования.

Переход на предварительную оплату стационарной помощи базируется на накопленной информативной базе фактического числа случаев лечения. Ретроспективная оплата стационаров (по фактическому числу законченных случаев лечения, стоимости койко-дня) является переходным этапом к более сложным методам расчётов, основанным на управлении объёмами помощи. Именно при расчётах за фактически выполненный объём работы собирается медико-экономическая информация* -необходимая для планирования, накапливаются навыки анализа этой информации и практического применения, как финансирующей стороной, так и самим стационаром.

При переходе к оплате стационарной помощи по методу глобального бюджета необходимо сохранить учёт фактически выполненных объёмов работ, т.к. это необходимо для контроля выполнения больницей своих обязательств и планирования объёмов и структуры медицинской помощи на будущий период.

Детальный учёт информации о пролеченных больных расширяет возможности финансирующей стороны для определения обоснованных объёмов стационарной помощи при формировании глобального бюджета

стационара, даёт возможность отслеживать деятельность поликлиник по управлению стационарной помощью. В качестве учётных единиц объёмов выступают для стационаров количество законченных случаев лечения и проведённых пациентами койко-дней.

При переходе к оплате стационарной помощи по методу глобального бюджета необходимо разработать и использовать систему показателей, позволяющих отслеживать выполнение объёмов оказанной медицинской помощи.

Главная задача страховщика при использовании метода глобального бюджета — добиться повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения за счет оптимизации объёмов медицинской помощи, прежде всего за счет перемещения части случаев стационарного лечения на амбулаторный этап.

При использовании метода глобального бюджета существенно усиливается воздействие страховщиков на ЛПУ по сравнению с использованием метода оплаты за фактическое число случаев лечения, когда страховщик вынужден оплачивать уже оказанные объёмы помощи.

Переход от ретроспективных методов оплаты к методу глобального бюджета осуществляется значительно проще, если стационар финансируется одним страховщиком. В этом случае упрощается процесс планирования объёмов стационарной помощи.

Более сложная ситуация возникает при формировании глобального бюджета ЛПУ, финансируемого несколькими страховщиками, каждый из которых должен запланировать объём стационарной помощи для застрахованного им населения. В этой ситуации страховые компании должны договориться между собой об авансовых платежах для стационара на согласованные объёмы. В последующем должен быть произведен перерасчет на основе фактического числа дней госпитализации

застрахованного контингента за определенный календарный период (месяц, квартал, год).

До начала календарного/финансового года больница на основе предварительного муниципального заказа разрабатывает вариант глобального бюджета и на этой основе формирует план-заявку на оказание стационарной помощи. Одновременно страховщик разрабатывает план-заказ на стационарную помощь, основываясь на оценке потребности застрахованных, прогнозе поступления финансовых ресурсов, возможностей переноса части случаев стационарного лечения в амбулаторное звено. Далее обе стороны согласовывают объёмы предоставляемой стационарной помощи. Глобальный бюджет стационара выступает в форме объединённых планов-заказов страховщиков.

В ходе согласования можно ожидать, что больница будет добиваться включения в договор максимально большого объема случаев с их финансовым обеспечением. Кроме того, больница будет стремиться перенести на страховщика все финансовые риски, связанные с сверхплановыми объемами стационарной помощи. Напротив, страховщик постарается минимизировать свои обязательства как по плановым, так и сверхплановым объемам, максимально увязав их с ожидаемыми финансовыми ресурсами и установленными лимитами расходов на стационарную помощь (нормируемым процентом подушевого норматива финансирования страховщика). Один из возможных вариантов достижения компромисса — страховщик гарантирует оплату планового объема помощи на уровне предварительного варианта муниципального заказа и оплату сверхплановых объемов при:

- жестком контроле за их обоснованностью;
- по более низким ставкам — в размере переменных затрат (прежде всего на питание и медикаменты).

Согласованные страховщиками со стационаром планы-заказы рассматриваются муниципальной согласительной комиссией при разработке муниципального заказа территории. После утверждения муниципального заказа территории утверждается муниципальный заказ стационару. Он равен сумме глобальных бюджетов, согласованных со всеми страховщиками. Страховщик заключает договор на оказание согласованного объема стационарной помощи, осуществляет мониторинг и оценку выполнения договорных обязательств. Больница предоставляет страховщику отчетность об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным.

Для разработки глобального бюджета финансирующая сторона должна спланировать объемы и стоимость стационарной помощи и согласовать свои планы с планами больницы. Процесс формирования глобального бюджета стационара проводится параллельно страховщиками и медицинскими учреждениями, спланированные показатели объёмов медицинской помощи корректируются сторонами в процессе переговоров.

Перед заведующими отделениями и врачами стационара должны быть поставлены следующие задачи:

Определение необоснованных госпитализаций в отделениях стационара по нозологиям.

Заведующие отделениями и врачи отделений совместно с соответствующими специалистами поликлиники определяют нозологии, лечение которых возможно в условиях поликлиники без ущерба для больного. При этом следует четко определить причины чрезмерно высокого уровня госпитализации:

- традиционно сложившееся мнение врачей по поводу оснований для стационарного лечения;
- необходимость ежедневных физиотерапевтических или

иных процедур;

– материальные затруднения больных, не относящихся к категориям населения, имеющим право на льготы при приобретении медикаментов для амбулаторного лечения;

– преобладание при госпитализации социальных показаний над медицинскими.

Совместными усилиями врачей поликлиники и стационара необходимо определить потоки больных, которых уже сегодня можно лечить амбулаторно, причем без серьезного преобразования звена первичной медико-санитарной помощи. Как показывает первый опыт перехода на метода оплаты по глобальному бюджету, общее их количество составляет примерно 10-12% от числа больных, получающих стационарную помощь в течение года³⁰.

Далее необходима разработка технологической схемы лечебно-диагностической работы (стандартов оказания медицинской помощи или клинических протоколов) по каждой из выбранных нозологий.

Технологическая схема должна включать в себя перечень и количество медикаментов, изделий медицинского назначения, а также перечень и количество параклинических услуг, необходимых для ведения случая по каждой нозологии. Все остальные элементы затрат относятся на койко-день.

При установлении требований к качеству лечения по каждой нозологии определяются те критерии состояния здоровья пациента, при которых он может быть выписан на амбулаторное долечивание.

Сроки госпитализации по каждой нозологии определяются с учетом

³⁰ Исакова Л. Е. и колл. авт. Методические рекомендации по разработке и согласованию плановых объемов стационарной помощи и размера их финансирования (глобального бюджета стационара). - М., 1999.

возможностей интенсификации лечебно-диагностического процесса. Оцениваются возможности проведения как можно более полного обследования больных на догоспитальном этапе, использования стационаров на дому и прочих стационарозамещающих технологий. Определяются источники интенсификации работы персонала в самом отделении и параклинической службе.

В плане использования мощностей следует отразить работу отделения не только по договору со страховщиком на реализацию программы государственных гарантий, но и виды деятельности по альтернативным источникам финансирования (платные услуги, ДМС и проч.).

Группируя полученные данные в предложенные форматы, заведующие отделениями стационара формируют план-заявку глобального бюджета отделения в части объемов медикаментов, изделий медицинского назначения, параклинических услуг и количества больных в разрезе отдельных нозологий. При необходимости обосновывают изменение штатной численности отделения.

Этап согласования результатов расчетов с администрацией ЛПУ необходим для корректировки полученных результатов с учетом мощности параклинических подразделений и имеющихся ресурсов стационара.

Глобальный бюджет-заявка каждого отделения должна представлять собой сумму произведений объемов и тарифов по набору выбранных нозологий.

Значение этого расчета для отделения сводится к следующему:

Во-первых, накапливается информация о необходимом объеме и стоимости лекарственных средств и изделий медицинского назначения, на которые могут рассчитывать врачи.

Во-вторых, повышается роль планирования лекарственного

обеспечения. Врачи берут на себя конкретные обязательства по выполнению согласованного объема работ, используя определенный набор лекарственных средств, а администрация обязана обеспечить этот набор в количественном и качественном отношении. Администрация может выполнить свою часть обязательств только при четком планировании расходов. Все новые методики лечения вводятся на плановой основе с учетом необходимых затрат на лекарственные средства.

В-третьих, планирование объема самими врачами создает стимулы к повышению уровня их профессиональной подготовки.

Представляемый финансирующей стороне глобальный бюджет стационара в виде плана-заявки — есть пожелание данного стационара и, одновременно, представление его возможностей финансирующей стороне.

На этапе подготовки к переговорам стационар вправе затребовать от страховщика планы-заявки других стационаров территории. Анализ подобной информации необходим для подготовки к переговорному процессу со страховщиком. Возможно, в процессе изучения данной информации появится потребность в коррекции плана-заявки. Одновременно следует подготовить поквартальную разбивку годового глобального бюджета стационара. В интересах ЛПУ — согласовывать со страховщиком прежде всего поквартальные показатели глобального бюджета, добиваясь регулярной индексации тарифов на темпы инфляции.

В ходе согласования возможны разные варианты:

Финансирующая сторона соглашается с представленным планом-заявкой. В этом случае план-заявка автоматически переходит в план-заказ. Глобальный бюджет стационара сформирован и утвержден. Он закрепляется договором с ЛПУ. Такой вариант оптимален, но маловероятен.

Финансирующая сторона не соглашается с представленным

планом-заявкой. Причинами этого могут быть:

- возможность разместить часть объемов, представленных в плане-заявке данного стационара в других ЛПУ, где лечение этой патологии обходится дешевле;
- недооценка в плане-заявке возможности переноса части случаев стационарного лечения на амбулаторный уровень (страховщик считает, что резервы такого переноса использованы недостаточно);
- недостаток финансовых средств на удовлетворение полного плана-заявки (наиболее вероятный вариант).

Поскольку решающее слово принадлежит финансирующей стороне, стационару придется пересчитать план-заявку. Если события будут развиваться по вариантам, указанным в пунктах а) и б), то процесс пересчета будет менее болезненным для стационара и будет проходить в два этапа.

На первом этапе план-заявка ЛПУ уменьшается за счет сокращения объемов или исключения некоторых нозологий. При экономической оценке данного варианта следует учитывать, что сокращение объемов повлечет за собой уменьшение рабочих койко-дней по плану, что в свою очередь, приведет к некоторому увеличению стоимости оставшихся в заявке объемов. Необходимо пересчитать тарифы на новую нагрузку стационара и разработать новый вариант глобального бюджета.

Если финансирующая сторона не имеет средств на оплату планируемого объема стационарной помощи (наиболее вероятная ситуация), то начинается совместный процесс поиска возможностей сокращения объемов и тарифов. Разумеется, интересы стационара ущемляются, но в сложившейся экономической ситуации этого трудно избежать. Расчет глобального бюджета стационара по конкретным

нозологиям предоставляет возможность обосновать сокращение объемов.

Главные специалисты вышестоящего органа здравоохранения принимают решение о допустимости сокращений по плану лечения, набору медикаментов и параклинических услуг. Решение принимается после изучения скорректированных форматов данного стационара.

На Согласительной комиссии рассматривается представленный глобальный бюджет стационара и заключение вышестоящего органа здравоохранения по нему. Если такое заключение неблагоприятно, то принимается решение о дополнительном финансировании территориальной программы государственных гарантий или о ее пересмотре в части изменения условий оказания медицинской помощи, например, введение листа ожиданий плановых обращений, формальных доплат пациентов за определенные статьи расходов.

Страховщик должен проанализировать данные о потоках госпитализации застрахованного населения по каждому ЛПУ, обслуживающему его клиентов, за период не менее 3 лет. Для оценки неудовлетворенной потребности следует проанализировать очереди на госпитализацию. Важно определить потоки больных с достаточно простой патологией в ЛПУ более высокого уровня. На первом этапе работы первостепенное значение имеют данные, получаемые от самих больниц. В последующем информация о потребности в плановой стационарной помощи должна поступать от поликлиник. Последние являются реальными заказчиками объемов стационарной помощи. Их оценки потребности населения имеют первостепенное значение.

Анализ сложившихся объемов медицинской помощи и выявление зон неэффективности осуществляется страховщиком (врачами-экспертами) с участием специалистов стационаров, в которых предполагается разместить план-заказ на стационарную помощь, а также врачей

поликлиник, направляющих больных в стационар. В первый год работы, скорее всего, единственным источником информации для планирования объёмов и затрат будут являться планы-заявки ЛПУ. По мере накопления опыта планирования (уже со второго-третьего года работы по данной схеме) страховщик будет способен самостоятельно определять потребность в стационарном лечении, планировать затраты и ставить задачи перед ЛПУ, опираясь на анализ их деятельности ЛПУ за предыдущий период.

На начальном этапе работы предлагается следующий механизм действий:

- Сбор информации о стационарной помощи в ЛПУ, оказывающих стационарную помощь застрахованным.
- Выявление случаев необоснованной госпитализации.
- Анализ возможностей поликлиник по перемещению части случаев стационарного лечения на амбулаторный уровень.
- Выявление факторов завышения длительности госпитализации.
- Анализ возможностей использования стационаром стационарозамещающих и ресурсосберегающих технологий.

Объемы стационарной помощи согласовываются с ЛПУ на основании принятых в субъектах РФ или согласованных единицах измерения. При формировании глобального бюджета единицей объёма может быть как койко-день, так и законченный случай лечения в разрезе отдельных нозологических форм.

При использовании метода глобального бюджета должна возрасти роль страховщика в обеспечении качества медицинской помощи, поскольку велика вероятность того, что стационары, стремясь к экономии ресурсов, будут жертвовать качеством.

Наиболее перспективный подход — переход от контроля качества к участию в процессе управления качеством. Так, на стадии планирования глобального бюджета рассматриваются вопросы обоснованности госпитализаций по конкретным нозологическим формам, разрабатываются клинические протоколы или стандарты лечения по наиболее затратным группам заболеваний, показатели качества лечебно-диагностической работы.

Процедура экспертизы качества медицинской помощи основывается на правилах, принятых в субъекте РФ, и оговаривается в договоре на оказание медицинской помощи.

На стадии исполнения глобального бюджета в процессе управления качеством страховщики рассматривают вопросы обоснованности сверхплановых госпитализаций, соблюдение медицинских технологий, предусмотренных в протоколах и стандартах, соблюдение сроков госпитализаций и т.д.

При оплате стационарной помощи по методу глобального бюджета существуют особенности в оплате экстренной и плановой помощи.

Объем экстренной помощи определяется на основании данных статистики за несколько лет и, как правило, планируется на сложившемся уровне (по количеству экстренных госпитализаций). Однако не все экстренные госпитализации обоснованы. Действующие ретроспективные системы оплаты стимулируют стационар госпитализировать и тех пациентов, которые после оказания краткосрочной помощи могли бы лечиться амбулаторно.

Оплата помощи экстренным больным осуществляется в объеме глобального бюджета на экстренную помощь (в пределах коридора риска — допустимых отклонений). Независимость размера оплаты от фактического количества койко-дней стимулирует стационар сокращать

длительность пребывания пациента, выписывая, при возможности, после интенсивного этапа лечения на амбулаторный этап (на долечивание).

В связи с тем, что недостаточность финансовых ресурсов создаёт предпосылки для отказа застрахованным в бесплатном оказании плановой помощи, необходимо на этапе формирования глобального бюджета стационара планировать долю глобального бюджета на оказание помощи плановым больным. Так как уже на этапе планирования закладывается дефицит по количеству плановых госпитализаций, возможно формирование листов ожидания на плановую помощь.

Сумма оплаты зависит от количества пролеченных плановых больных, т.е. используется метод оплаты по фактическому количеству законченных случаев. Однако, это не нарушает требование обеспечения предсказуемости затрат, поскольку в целом по территории оплата ведется в пределах средств, запланированных в муниципальном заказе по каждому профилю на оказание плановой помощи.

Реализация этого варианта возможна при наличии талонной системы на плановые госпитализации. Каждый страховщик ежемесячно выдает запланированное количество талонов-направлений на плановую госпитализацию поликлиникам в соответствии с количеством и половозрастной структурой прикрепленного контингента населения. При этом может создаваться единая база учёта заявок на плановую госпитализацию и наличия фактических мест, которая используется всеми страховщиками. Таким образом, при сохранении предсказуемости затрат обеспечивается возможность выбора для врачей и пациентов и конкуренция между стационарами.

При обоснованном превышении количества койко-дней (сверх коридора риска), ЛПУ предоставляет страховщику заявку на дополнительное финансирование, в которой обоснована потребность в

дополнительных средствах. После экспертизы страховщиком деятельности поликлиники и стационара устанавливается обоснованность превышения затрат и согласовывается сумма дополнительного финансирования из риск-фонда. Целесообразно частичное восстановление средств, например компенсация затрат только на питание и медикаменты.

В заключении данной главы настоящей работы следует отметить, что в целях повышения социальной эффективности и качества медицинской помощи результатом переговоров между ФОМС и стационаром должен явиться согласованный фиксированный бюджет под определенный объем работ (глобальный бюджет), который определяется на основе анализа объема работ стационара за предыдущий период.

Преимущество предлагаемой нами схемы финансирования состоит в том, что глобальный бюджет стационара рассчитывается не на ресурсы, а на результаты деятельности стационара, выраженные в объемах предоставляемых услуг. Объем финансовых средств, предоставленных больнице, не зависит от ее ресурсных показателей. Согласованный объем помощи выполняется на основе собственного плана, с привлечением тех ресурсов, которые для этого необходимы.

Главное отличие метода глобального бюджета от действующих сегодня методов оплаты стационарной помощи состоит в том, что оплата помощи осуществляется не по факту ее предоставления (ретроспективно), а на основе разработанного и согласованного заказа на вполне определенный объем помощи.

В этом случае руководство клиники имеет возможности маневрировать ресурсами, выбирая наиболее эффективные варианты оказания помощи. При ведении переговоров о составе бюджета стационара учитываются все текущие и перспективные характеристики его работы, включая планируемые технологические нововведения.

К числу положительных моментов данной схемы финансирования деятельности ЛПУ, в первую очередь, можно отнести следующие:

- возможность маневрирования ресурсами;
- возможность получения экономии, возникающей за счет оптимизации структуры медицинской деятельности.

В следующей главе диссертационного исследования нами предпринята попытка расчета финансовых потоков для конкретного учреждения здравоохранения на основе метода глобального бюджета в контексте реализации мер по совершенствованию системы финансирования оказания медицинской помощи и представлена оценка социальной эффективности внедрения данного проекта.

ГЛАВА 3. РАЗРАБОТКА МЕХАНИЗМА СТРАХОВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ МУЗ ГКБ №8 Г. ИРКУТСКА)

3.1. Формирование показателей глобального бюджета стационара: инновационный подход

Исходя из изложенного в предыдущих главах настоящего диссертационного исследования, необходимо констатировать, что на сегодняшний день с особой остротой встали проблемы финансирования деятельности учреждений здравоохранения России, требующие решения в рамках инновационного подхода.

Применительно к объекту исследования (МУЗ ГКБ №8) необходимо конкретизировать основные направления и задачи данной главы работы:

- Предложить проект совершенствования механизма финансирования учреждения здравоохранения (оплаты медицинской помощи) в рамках инновационного подхода (метод глобального бюджета);
- Охарактеризовать преимущества механизма финансирования медицинского учреждения на основе глобального бюджета;
- Привести расчет социальной эффективности предлагаемого проекта.

В рамках поставленной темы основной акцент при проведении исследования в данной главе настоящей диссертационной работы сделан нами на проблемах взаимодействия МУЗ ГКБ №8 и Фонда обязательного медицинского страхования, на долю которого приходится подавляющая

часть финансовых потоков учреждения.

Предпосылками разработки проекта явились следующие:

1. Финансирование МУЗ ГКБ №8 осуществлялось, исходя из фактически предоставленного объема медицинских услуг, т.е. на основе ретроспективной оплаты медицинской помощи, что приводит в настоящий момент к ухудшению качества и структуры медицинской услуги. Последнее выразилось в росте числа необоснованных госпитализаций, увеличении длительности пребывания в стационаре, увеличении объема диагностических исследований.

2. Макроэкономическая конъюнктура современного периода реформ оказывает значительное отрицательное влияние на здравоохранение через недофинансирование отрасли, приводящее к невозможности внедрения новых технологий лечения, использования новых лекарственных препаратов, организации питания в стационаре в соответствии с нормативами, повышения квалификации медицинского персонала.

Исходя из этого, можно заключить, что применяемый МУЗ ГКБ №8 метод ретроспективной оплаты медицинской помощи не может стимулировать руководство стационара снижать затраты на лечение пациентов, внедрять новые организационно-технологические формы работы, эффективно проводить отбор больных на госпитализацию и т.д. Таким образом, нашей главной задачей явилась разработка такого механизма финансирования учреждения, при котором будет иметь место возможность саморегулируемого распределения ресурсов по отдельным подразделениям и услугам МУЗ ГКБ №8 в пределах фиксированного расчетного объема средств, перечисляемых ФОМС на оказание медицинской помощи.

Итак, в условиях финансирования по методу глобального бюджета стационарному медицинскому учреждению заранее определены объемы медицинской помощи, которые подлежат гарантированной оплате.

Превышение количества госпитализированных от согласованных объемов оплачивается по более низким ставкам: только питание и медикаменты. Стационару становится невыгодно наращивать объем оказания медицинской помощи. Условия финансирования ставят ограничительные рамки на лечение в стационаре больных, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении и сложных диагностических исследованиях. Ранее госпитализировались пациенты, имеющие направление врача первичного звена, скорой медицинской помощи, при самообращении. Стационар, заинтересованный в увеличении количества пролеченных больных, принимал практически всех и давал рекомендации по прохождению планового повторного курса лечения в условиях стационара. Мотивом таких действий были установленные правила оплаты случаев лечения: за законченный случай, за койко-день.

Среди принципов финансирования МУЗ ГKB №8 по методу глобального бюджета нами были выделены следующие:

1. Формирование плана-заказа на объем медицинских услуг определенного уровня качества на основе договора между учреждением здравоохранения и финансирующей стороной – Фондом обязательного медицинского страхования, заинтересованной в одновременном сокращении расходов на оказание медицинской помощи и повышении ее качества.

2. Предварительная оплата согласованного объема медицинской помощи, покрывающая реальные затраты на ее оказание.

3. Закрепление права учреждения здравоохранения на полную самостоятельность в расходовании ресурсов и распределении

неизрасходованной их части.

4. Закрепление реальной ответственности за оказание и финансирование медицинских услуг.

На предварительном этапе формирования глобального бюджета МУЗ ГKB №8 нами был проведен ретроспективный анализ деятельности учреждения. Основными показателями исследования здесь послужили количество больных по отделениям и нозологиям, расходы на оказание медицинской помощи.

На втором этапе разработки глобального бюджета нами определены возможности МУЗ ГKB №8 по количеству пролеченных больных в разрезе нозологий, длительности пребывания в стационаре, комбинаций различных организационных форм ведения больного. Предложенный вариант рассчитанных объемов и стоимости медицинской помощи обсужден с экспертами ФОМС, произведена корректировка показателей. При согласовании количества пациентов в разрезе нозологий нами были учтены ретроспективные показатели работы МУЗ ГKB №8, данные общей медицинской статистики и эпидемиологии (табл. 3.1)

Таблица 3.1

Количество пролеченных больных по отделениям МУЗ ГKB №8

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005
Количество пролеченных больных (для стационара)	8428	9129	9347	9401	9531
В т.ч. по отделениям					
Урологическое	1184	1258	1073	1151	1240
Неврологическое	1009	1021	1060	1110	1048
Отделение гнойной гинекологии	4198	3999	3844	3873	3877
Эндокринологическое	-	693	1133	1077	1151
Кардиологическое	964	1059	1054	1112	1043
Терапевтическое	1073	1099	1183	1078	1172

Для расчета стоимости лечения пациентов по нозологическим единицам используются различные методики, в том числе и рекомендованные Министерством здравоохранения Российской Федерации³¹.

Основным различием методик является уровень детализации финансовой, статистической и медицинской информации, от которой зависит точность отражения реально необходимых затрат для выполнения всех видов работ, связанных с лечением конкретной нозологии.

Метод определения стоимости пролеченного больного в разрезе отдельных нозологий для целей формирования глобального бюджета предполагает максимально возможную детализацию элементов затрат по каждой нозологической форме. Только на такой основе можно реально отразить технологические особенности каждого случая стационарного лечения и реальную стоимостную картину лечебно-диагностического процесса.

Практическая реализация подхода (с учетом имеющейся информации и уровня экономической работы в ЛПУ) предполагает выбор разумного сочетания усредненных показателей некоторых видов затрат и поэлементного расчета тех затрат, которые определяют специфику лечения конкретного случая. В результате расчет стоимости законченного случая делится на два этапа:

Выделение в качестве рассчитываемых прямым поэлементным способом компонентов, которые характеризуют качественные и объемные параметры предоставляемой медицинской помощи. Прежде всего это набор лекарственных средств и параклинических услуг, используемых для лечения конкретного случая;

³¹ Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации №19-15/03 от 01 сентября 1992 года.

Усреднение прочих видов затрат для всех случаев лечения в отделении. Они относятся к общеотделенческим затратам. Например, фонд оплаты труда персонала относится не на конкретную нозологию, а на среднепрофильный койко-день. Кроме того, подобный подход диктуется необходимостью сохранения в руках заведующего отделением рычагов управления структурой случаев лечения и поощрения сотрудников, выполняющих наиболее сложные виды работ.

Нами использована следующая схема расчета стоимости пролеченного больного в разрезе отдельных нозологий (рис.3.1.):



Рис.3.1. Схема расчета стоимости пролеченного больного в разрезе отдельных нозологий

1 шаг. Устанавливаются общебольничные затраты (содержание административно-хозяйственных подразделений: общая администрация, бухгалтерия, планово-финансовая служба, канцелярия, прачечная, организационно-методический отдел и др.). Общебольничные затраты определяются в расчете на койко-день в целом по учреждению и относятся на стоимость лечения конкретной нозологии пропорционально длительности пребывания больного.

2 шаг. Определяются виды, перечень и сумма общеотделенческих затрат (фонд оплаты труда отделения, питание больных, приобретение мягкого инвентаря, содержание оборудования отделения, в том числе

текущий ремонт и обновление изношенных частей оборудования, специфические хозяйственные расходы отделения и проч.) в расчете на койко-день в целом по отделению и относятся на стоимость лечения конкретной нозологии пропорционально длительности пребывания больного. Основными критериями отнесения расходов к общепольничным и общеучрежденческим являются уровень управления конкретными видами затрат (на уровне стационара в целом или на уровне отделения) и степень их влияния на дифференциацию (различие) стоимости лечения больных в конкретных отделениях.

3 шаг. Разрабатывается перечень медикаментов, используемых для лечения конкретной нозологии. Стоимостные оценки определяются по среднегодовым расходам на приобретение данных медикаментов. Порядок индексации затрат на приобретение медикаментов устанавливается по согласованию с финансирующей стороной.

4 шаг. Разрабатывается перечень параклинических услуг, необходимых для лечения конкретной нозологии. Стоимость параклинических услуг определяется с использованием широко известных методик расчета, например, по условным единицам с выделением прямых расходов на препараты, рентгеновскую пленку. В соответствии с принятым перечнем параклинических услуг рассчитываются затраты на весь объем лечебно-диагностических процедур и исследований по конкретной нозологии. Прямой поэлементный расчет стоимости пролеченного больного в разрезе отдельных нозологий призван учесть множество различных медико-технологических факторов, влияющих на уровень расходов:

- диагноз и тяжесть течения заболевания;
- длительность пребывания больного в стационаре;
- объем и сложность хирургического вмешательства;

- объем лечебно-диагностических процедур и исследований;
- объем медикаментозного лечения;
- число нозологических единиц, формирующих заключительный основной диагноз (при сочетании нескольких заболеваний);
- осложнение основного заболевания.

Таким образом, прямой поэлементный расчет в разрезе нозологий, особенно по тем компонентам, которые определяют технологические характеристики лечения данной нозологии, является наиболее адекватным методом расчета для целей формирования и обоснования бюджета отделения и глобального бюджета стационара в целом.

В соответствии с "Методическими рекомендациями о порядке формирования и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью" финансовым нормативом при планировании стоимости стационарной помощи является стоимость койко-дня по профилю коек и категории ЛПУ. Именно стоимости койко-дней утверждаются при формировании муниципального заказа.

Для определения стоимости койко-дня по профилю планируемые затраты по профилю нами разделены на планируемое количество койко-дней.

При формировании глобального бюджета нами использована изложенная ниже методика расчета стоимости 1 койко-дня.

1. Определяются учетные единицы объемов по основным видам деятельности (для конечных услуг), например 1 койко-день, 1 амбулаторный прием, 1 выезд скорой помощи, 1 выезд на территорию по оргметодработе и др.

2. Определяются учетные единицы объема для промежуточных услуг (параклинических подразделений). Эти же услуги могут быть и конечными для амбулаторных пациентов или при продаже услуг другому стационару. Для каждого параклинического подразделения определяется 1 условная единица (как правило, трудозатрат), и все услуги подразделения выражаются в условных единицах. (Например, для клинической лаборатории за 1 условную единицу трудозатрат принимается анализ крови, требующий 10 минут времени на его проведение, тогда анализ, требующий 20 минут, будет стоить 2 условные единицы и т.д.).

3. Объемы деятельности всех параклинических подразделений за анализируемый период выражаются в условных единицах и распределяются по потребителям, таким как лечебные отделения стационара, поликлинике, другим ЛПУ, население, предприятия, страховые компании. Если такой учет отсутствовал, произвести разовую работу по учету объемов в разрезе потребителей и организовать этот учет на постоянной основе.

4. Рассчитывается фактическая стоимость единицы объема 1 койко-дня по каждому лечебному отделению.

1. Прямые фактические затраты каждого лечебного отделения делятся на количество койко-дней, проведенных пациентами отделения в анализируемом периоде. Определяется стоимость 1 койко-дня в лечебном отделении i - $C_{кд_{ли}}$.

2. Прямые затраты каждого параклинического отделения делятся на количество условных единиц объема, выполненных отделением за анализируемый период. Определяется стоимость 1 условной единицы объема каждого параклинического отделения j - $C_{уе_{nj}}$.

3. Рассчитывается стоимость услуг всех параклинических

отделений для каждого лечебного отделения. Для i -того лечебного отделения стоимость параклинических услуг рассчитывается суммированием стоимостей оказанных каждым параклиническим отделением услуг — C_{ni} . Стоимость услуг каждого параклинического отделения для j -того лечебного отделения определяется умножением стоимости 1 условной единицы ($E_{ценj}$) на количество условных единиц ($K_{уеi}$), выполненных для i -того лечебного отделения в анализируемом периоде.

4. Стоимость параклинических услуг для i -того лечебного отделения (C_{ni}) делится на количество койко-дней, проведенных пациентами за отчетный период и формируется стоимость параклинических услуг на 1 койко-день $Скд_{ni}$.

5. Суммируется стоимость 1 койко-дня в лечебном отделении $Скд_{ли}$ и стоимость параклинических услуг на 1 койко-день $Скд_{ni}$ для определения стоимости 1 койко-дня в объеме прямых затрат $Скд_{пр.ф}$ с выделением в структуре затрат на заработную плату с начислениями, медикаменты, питание.

6. Определяется средняя стоимость 1 койко-дня в стационаре делением всех затрат на общее количество койко-дней $Скд_{сф}$.

Определяется стоимость накладных расходов на один койко-день. Для этого сумма накладных расходов для стационарной помощи делится на общее количество койко-дней в стационаре за анализируемый период $Скд_{нф}$.

Далее нами были определены и зафиксированы оптимальные

варианты оказания медицинской помощи основанной на потребностях населения и сформирован план-заказ (табл. 3.2)

При согласовании плана-заказа возникли некоторые проблемы в части нормативного и фактического значения длительности лечения в отделении.

Дальнейшая работа заключалась в анализе фактического использования ресурсов, расчете нормативных затрат, в частности нормативов на питание и медикаменты путем определения соответствия объемов и действующих тарифов реальным поступлениям за объем лечения.

В процессе работы над глобальным бюджетом нами была выявлена основная проблема финансирования МУЗ ГKB №8: несоответствие между тарифом на медицинскую услугу и фактическими расходами на ее предоставление. Так, общая сумма предполагаемых к предъявлению ФОМС счетов МУЗ ГKB №8 по проекту составила 53077 тыс.руб. в год или 4423 тыс.руб. в месяц. По итогам же работы за первый квартал 2005 г. стационаром предъявлено реестров на сумму 2325 тыс.руб. в месяц (32700 тыс.руб. в год). Таким образом, дефицит финансового потока составляет 20377 тыс.руб. в годовом исчислении или 1698 тыс.руб. в месяц.

Кроме того, в МУЗ ГKB №8 в настоящий момент отсутствует налаженная система управленческого учета, вследствие чего имеют место трудности получения информации о реальном объеме затрат в разрезе отдельных подразделений.

При нормировании отдельных статей глобального бюджета (таких, как "медикаменты", "питание") нами предполагалась необходимость установления жесткой границы минимальных расходов, предполагающая полное покрытие потребностей учреждения. Расчет норматива питания произведен исходя из физиологических норм.

Таблица 3.2

Расходы МУЗ ГКБ №8 по отделениям в рамках ОМС (глобальный бюджет)

Наименование отделения	Расходы на оплату труда тыс. руб.	Доп. расходы, включаемые в ФОТ, тыс. руб.	Расходы на питание, тыс. руб.	Расходы на медикаменты тыс. руб.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря, тыс. руб.	Всего расходов, тыс. руб.	План к/дней из муниципального заказа, к/дни	Стоимость пребывания 1 к/дня в отделении, рублей
Урологическое отделение	2862,00	749,80	333,00	3842,00	59,00	7845,80	12540	625,60
Неврологическое отделение	4355,00	1141,00	342,00	5327,00	61,00	11226,00	12870	872,00
Отделение гнойной гинекологии	5861,00	1535,60	580,00	8727,80	104,00	16808,40	22110	760,20
Эндокринологическое отделение	1191,00	312,00	242,00	2567,40	44,00	4356,40	9378	464,50
Кардиологическое отделение	2406,00	630,40	338,00	2553,70	60,00	5988,10	12738	470,10
Терапевтическое отделение	2276,00	596,30	284,00	3635,00	61,00	6852,30	12820	534,50
Итого по стационару	18951,00	4965,10	2119,00	26652,90	389,00	53077,00	82456	643,70

Таблица 3.3

Сопоставительная оценка расходов МУЗ ГKB №8 в рамках ОМС

Год	Текущие расходы, тыс. руб		Капитальные расходы, тыс. руб.		Всего расходов, тыс. руб.		Количество к/дней из муниципального заказа, к/дни		Стоимость 1 к/дня, рублей	
	План	Факт	План	Факт	План	Факт	План	Факт	План	Факт
Всего по стационару										
2001	14494,00	14385,00	0,00	0,00	14494,00	14385,00	88400	91563	163,96	157,10
2002	25869,00	21662,10	0,00	0,00	25869,00	21662,10	85581	93451	302,28	231,80
2003	27400,00	27273,20	0,00	0,00	27400,00	27273,20	84420	90479	324,57	301,43
2004	30322,00	28243,20	0,00	0,00	30322,00	28243,20	86826	91145	349,23	309,87
2005	33775,86	32313,47	0,00	0,00	33775,86	32313,47	90021	95313	375,20	339,02
Проект	52688,00		389,00		53077,00		82456		643,70	

Исходя из расчетных данных проекта глобального бюджета МУЗ ГKB №8 (Приложения 1-4), можно назвать следующие основные параметры проекта финансирования стационара (табл. 3.2, 3.3):

1. Плановое количество койко-дней из муниципального заказа – 82456;
2. Расходы на оплату труда персонала – 18951 тыс. руб.;
3. Дополнительные расходы, включаемые в фонд оплаты труда персонала 4965,1 тыс. руб.;
4. Расходы на питание – 2119 тыс. руб.;
5. Расходы на медикаменты – 26652,9 тыс. руб.;
6. Расходы на приобретение мягкого инвентаря – 389 тыс. руб.;
7. Общая сумма расходов – 53077 тыс. руб.;
8. Средняя стоимость койко-дня – 643,7 руб.;

Общую структуру МУЗ ГKB №8 по проекту глобального бюджета можно охарактеризовать следующими данными (рис. 3.2)

Основную долю в общей сумме расходов учреждения составят расходы на медикаменты (по отделениям от 42,65% до 58,93%). Удельный вес расходов на оплату труда варьируется в диапазоне 27,34–40,17%. Капитальные расходы (расходы на приобретение мягкого инвентаря) составят 0,54–1,01%.

Таким образом, проект финансирования деятельности МУЗ ГKB №8 в рамках глобального бюджета предполагает значительное сокращение количества койко-дней по сравнению с аналогичными ретроспективными показателями (так, например, по сравнению с фактическими данными 2005 года предполагается снижение количества койко-дней на 12857 единиц или на 13,49%), что, по нашему мнению, окажет существенное влияние на повышение социальной эффективности функционирования учреждения и

качество оказываемой медицинской помощи (табл. 3.4).

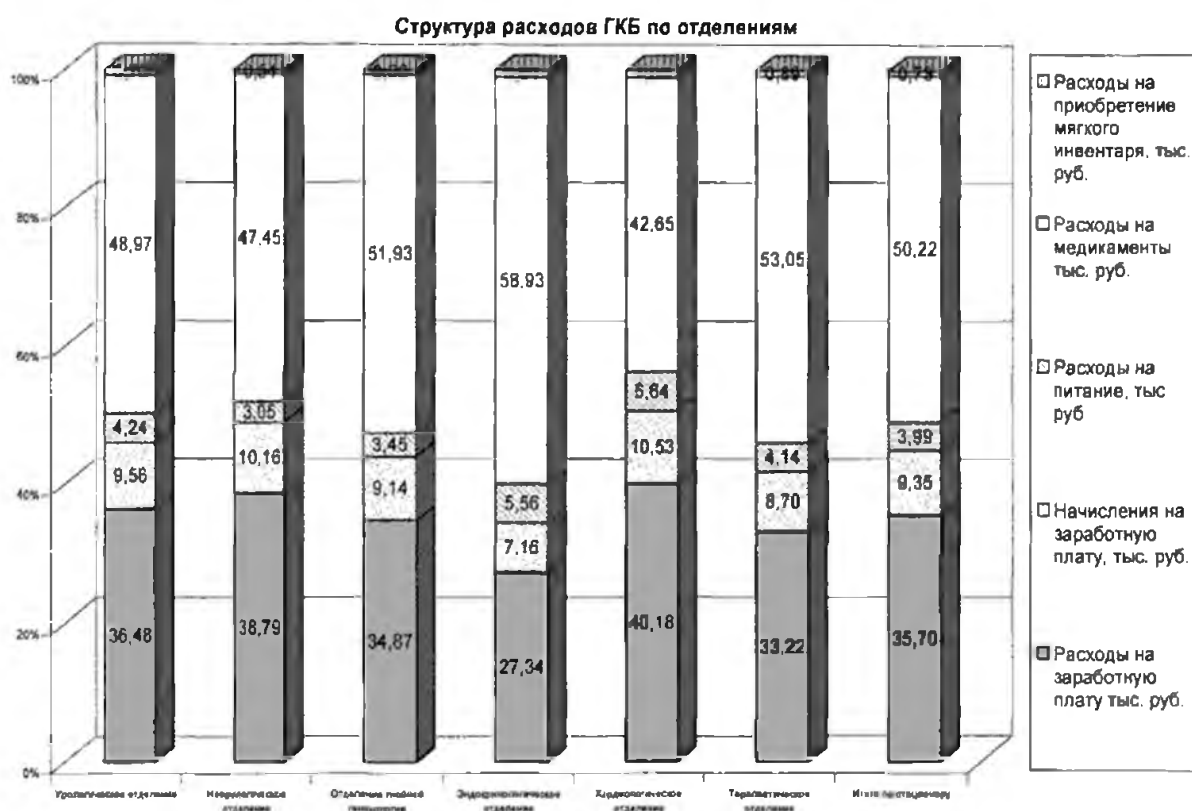


Рис. 3.2. Структура расходов МУЗ ГКБ №8 по отделениям (глобальный бюджет)

В то же время полноценное оказание медицинских услуг предполагает увеличение стоимости койко-дня на 89,87% (табл. 3.5).

Таблица 3.4

Абсолютные отклонения проектных значений показателей финансирования МУЗ ГКБ №8 от соответствующих ретроспективных значений

Год	Текущие расходы	Капитальные расходы	Всего расходов	Количество к/дней	Стоимость к/дня
2001	38303,00	389,00	38692,00	-9107	486,60
2002	31025,90	389,00	31414,90	-10995	411,90
2003	25414,80	389,00	25803,80	-8023	342,27
2004	24444,80	389,00	24833,80	-8689	333,83
2005	20374,53	389,00	20763,53	-12857	304,68

**Относительные отклонения проектных значений показателей
финансирования МУЗ ГKB №8 от соответствующих ретроспективных
значений, %**

Год	Текущие расходы	Всего расходов	Количество к/дней	Стоимость к/дня
2001	266,27	268,97	-9,95	309,73
2002	143,23	145,02	-11,77	177,69
2003	93,19	94,61	-8,87	113,55
2004	86,55	87,93	-9,53	107,73
2005	63,05	64,26	-13,49	89,87

При заключении договора между МУЗ ГKB №8 и ФОМС нами предполагалось следующее.

1. Заказ на лечение больных в стационаре по нозологиям, количеству и общему количеству койко-дней. По каждому заболеванию указываются качественные критерии выписки больного. Причем критерии выписки больного являются обязательной составной частью договора. По состоянию больного на момент выписки будет проводиться оценка качества лечения, а не по длительности пребывания на больничной койке, как это происходит в настоящее время.

2. Впервые начиная работу по изменению системы финансирования с метода оплаты за законченный случай на метод оплаты по глобальному бюджету, мы не исключаем, что расчетные цифры могут отличаться от фактических. Заключая договор на определенный объем работы, возможна ситуация, когда больница перевыполнит или недовыполнит оговоренный заранее заказ.

Принцип глобального бюджета — добиваться оптимизации

стационарной помощи. Добиться сокращения уровня потребления медицинской помощи возможно, изменив порядок финансирования сверхплановых случаев. В этом случае определяются коридоры риска, который несет МУЗ ГKB №8 и финансирующая сторона. Рисковый пул, согласованный сторонами, составляет 5% от плана.

Работа по переводу стационарного медицинского учреждения на оплату за заранее согласованные объемы оказания медицинской помощи требует больших усилий от медицинских работников и финансирующей стороны по проведению анализа и планированию деятельности.

Глобальный бюджет ставит ограничительные рамки расходов на стационарную помощь, дает гарантии финансирования для ЛПУ и прогнозируемые расходы для финансирующей стороны, стимулирует структурную перестройку стационарной помощи, помогает определять приоритеты финансирования с учетом потребности населения в том или ином виде медицинской помощи. Управленческая самостоятельность больницы и экономическая мотивация побуждают персонал отделений внедрять менее затратные технологии лечения, регулировать потоки больных, искать пути взаимодействия с первичным звеном.

Глобальный бюджет определяет гарантийные обязательства каждой стороны и возможные финансовые риски. Реальное, а не декларируемое финансирование делают метод глобального бюджета привлекательным для производителей медицинских услуг и финансирующей стороны.

Далее необходимо привести организационно-методологические особенности финансового управления стационаром, работающим в условиях глобального бюджета.

1. Совершенствование работы диагностической службы.

В ближайшей перспективе руководству МУЗ ГKB №8 необходимо

изменить подход к госпитализации путем создания службы контроля за обоснованностью госпитализации, формирование механизма "сортировки" больных в зависимости от необходимости и возможности оказания конкретных видов медицинских услуг. Кроме того, следует усилить работу диагностических служб, создав возможность для круглосуточной работы кабинетов УЗИ, эндоскопии, биохимической лаборатории, что позволит значительно сократить этап диагностики и повысить качество последней. При внедрении указанных предложений уточнение диагноза может быть произведено в течение нескольких часов.

Объемы и сроки предоставления плановой медицинской помощи должны базироваться на основе общих перспективных планов работы стационара. Особое внимание при этом должно уделяться ведению учета очередности госпитализации.

2. Совершенствование системы планирования выписки из стационара.

Средние сроки пребывания в стационаре определяются на основе ретроспективного анализа. При поступлении пациента в приемное отделение должен быть указан ориентировочный срок окончания лечения. За 2-3 дня до предполагаемой выписки медицинский персонал проводит осмотр и вносит по мере необходимости коррективы в лечение и диагностику. Подобная организация работы при условии постоянного контроля за сроками госпитализации будет способствовать своевременному проведению диагностических исследований и лечения. Кроме того, внедрение подобного механизма планирования выписки исключает возможность необоснованного или несвоевременного назначения анализов, дублирования догоспитального обследования, некорректного или небрежного оформления медицинской документации, что будет способствовать более эффективному использованию

финансовых ресурсов.

Сокращение нецелесообразных расходов возможно также за счет организации выписки пациентов из стационара в утренние часы (экономия стоимости 1 койко-дня). Кроме того, при этом стационар может взять на лечение и начать его в первый же день вновь поступившим пациентам.

Для решения поставленной задачи необходимо учесть следующее. Если проводить последнюю процедуру до осмотра врача, то все документы можно подготовить до 8-9 часов утра. Так, например, можно изменить режим работы персонала так, чтобы процедурная медицинская сестра начинала свой рабочий день не с 8.30 как это было раньше, а с 6.45 утра. Тогда до прихода врача все больные, планируемые к выписке, пройдут процедуры. Врачам же следует изменить порядок осмотра больных: первыми осматривать тех, кто планировался к выписке. Таким образом, учреждение экономит средства на выписывающемся пациенте и зарабатывает на поступившем, проводя ему интенсивное лечение в день поступления.

3. Сокращение необоснованных диагностических исследований.

В стационарном медицинском учреждении нередко приходится сталкиваться с повторением всех выполненных на догоспитальном этапе диагностических исследований. При этом не выделяются необходимые для постановки диагноза исследования и второстепенные. В процессе лечения часто проводится полное обследование различных органов и систем для выявления скрытой патологии. Кроме того, перегрузка диагностических служб способствует неэффективности расходования ресурсов стационара.

Взвешенный подход к назначению исследований позволяет снизить потребность в диагностических службах и сократить расходы на эти цели.

Другой важнейшей проблемой является низкая преемственность между поликлиникой и стационаром. Направляя на госпитализацию,

пациенту не всегда дают корректно оформленное направление. Необходимо разработать и принять к обязательному исполнению такое направление, в котором были бы указаны данные о проведенных исследованиях, их дате, сведения о проводимом лечении, наименовании препарата и дозе. От качественно заполненного направления на госпитализацию зависит уровень повторных диагностических исследований, а это ведет к излишнему использованию ресурсов стационара.

4. Изменение режима работы персонала.

В целях организации непрерывного процесса лечения необходимо так организовать работу персонала, чтобы не было свободных дней в лечении пациентов. В подавляющем большинстве российских больниц суббота и воскресенье являются днями неактивного лечения. В результате удлиняются сроки лечения, возрастают затраты, снижается эффективность использования ресурсов. Изменение режима работы персонала позволят сократить непроизводительные расходы на стационарную помощь и сократить длительность пребывания в стационаре. Для решения данной проблемы необходимо составить гибкий график работы диагностических и лечебных служб, изменить часы работы, согласовать разделение отпусков на 2 и более части, усилить отдельные службы для организации непрерывной работы с целью проведения интенсивного лечения в сжатые сроки.

5. Постоянный контроль качества лечебного процесса.

При проведении экспертизы качества лечения необходимо оценивать:

- организацию работы структурных подразделений медицинского учреждения и организацию работы персонала;
- организацию обследования, лечения и ухода за

больными, объема деятельности и взаимодействия лечебных и параклинических подразделений;

- научно-технологический уровень лечебно-диагностического процесса;

- сроки лечения в разрезе нозологии, их сравнение с принятым в данном медицинском учреждении нормативом;

- исходы и результаты лечения.

Заведующему отделением необходимо контролировать ход лечебного процесса, вносить при необходимости коррективы, проводить очный осмотр больного. Цель проводимой работы должна заключаться не в поиске ошибок, а в организации лечебного процесса на высоком уровне. Заведующий отделением должен помогать лечащим врачам в выборе лекарственных препаратов, в своевременности назначения консультативных осмотров и диагностических исследований, в переводе больных в другие отделения с учетом динамики патологического процесса. Контроль и помощь со стороны заведующего отделением будут способствовать улучшению качества медицинской помощи.

Другим важным фактором внутриведомственного контроля качества лечения является более четкая увязка результата и затрат. Работа заведующего отделением по контролю за ходом лечебного процесса направлена на повышение качества лечения и на оценку деятельности персонала отделения. В условиях финансирования по методу глобального бюджета возможность материального стимулирования появляется только тогда, когда весь коллектив работает на единую цель: оказание медицинской помощи тем, кто в этом нуждается, и с высоким качеством. Постоянный контроль со стороны заведующего отделением за сроками пребывания в стационаре позволяет своевременно назначать необходимые исследования и вносить коррективы в процесс лечения. Все случаи

нетипичного течения болезни находятся под постоянным вниманием медицинского персонала, что ведет к более полному и правильному лечению. В результате сокращаются необоснованные дни пребывания в стационаре, и остающиеся от запланированных средства передаются в собственность медицинского учреждения.

6. Развитие стационарозамещающих технологий.

Пребывание в стационаре до полного выздоровления не может иметь место в современных условиях. В отделении должно проводиться активное лечение с использованием всех возможностей медицинского учреждения. Долечивание необходимо проводить на менее затратном уровне, каким может быть, например, стационар дневного пребывания. Стационар дневного пребывания в больничном медицинском учреждении призван проводить лечение больных, которым не требуется круглосуточного медицинского наблюдения и активных вмешательств. При его создании экономия в использовании ресурсов достигается за счет сокращения расходов на заработную плату и питание. Проведение долечивания больных на койках дневного стационара может дать МУЗ ГKB №8 значительную экономию средств, которые могут быть направлены на улучшение медикаментозного обеспечения и премирование сотрудников.

7. Внедрение новых технологий лечения.

В стационарном медицинском учреждении возможно применение различных технологий лечения одного и того же заболевания. Новые технологии лечения требуют обоснования как с медицинской точки зрения, так и с позиции затратной эффективности. Прежде чем вводить в действие новую схему лечения или применение новой технологии, требуется серьезное изучение ожидаемых перемен.

8. Взаимодействие с врачами поликлиники по ведению вольных,

выписанных раньше предусмотренного срока лечения.

Как было указано выше, система оплаты по методу глобального бюджета позволяет направлять больных на долечивание на менее дорогостоящие этапы лечения с возмещением расходов по ведению пациентов. Взаимодействие с другим уровнем оказания медицинской помощи должно быть оформлено договором, в котором имеются критерии перевода больного, дальнейшее лечение на другом уровне и порядок оплаты медицинской помощи. Взаимосвязь врачей стационара и поликлиники и развитие договорных отношений помогут оптимизировать процесс оказания медицинской помощи, расширить объем, оказываемый в амбулаторных условиях, улучшить преемственность и сократить расходы в стационаре.

Таким образом, управление ресурсами в стационарном медицинском учреждении в полном объеме возможно тогда, когда существует заинтересованность персонала к сокращению расходов и интенсификации труда, возможного лишь при изменении системы финансирования стационарной медицинской помощи.

3.2. Оценка социальной эффективности предложенного механизма финансирования

Итак, система финансирования учреждений здравоохранения на основе глобального бюджета будет способствовать комплексному совершенствованию деятельности ЛПУ, повышению социальной эффективности и качества медицинской помощи.

Для оценки социальной эффективности и качества медицинской помощи используется множество альтернативных методов.

Исследователи полагают, что оценка не может базироваться на одном признаке и рассматриваться только с одной точки зрения. Основным компонентом социальной эффективности и качества медицинской помощи является соответствие оказываемой помощи современному техническому оснащению и возможность свободно действовать в интересах пациента.

Сущность понятия социальной эффективности и качества медицинской помощи, по мнению многочисленных авторов³², состоит из комплекса критериев: соответствия современному уровню развития науки (профессиональный компонент); удовлетворения потребностей (и ожиданий) пациентов; соответствия установленным требованиям и стандартам; оптимальному эффективному использованию ресурсов, соответствия достигнутого результата желаемому (ожидаемому).

Социальная эффективность и качество медицинской помощи оцениваются на основе эмпирического измерения определяющих их свойств. Единичные и комплексные показатели социальной эффективности и качества медицинской помощи могут объединяться в различные группы в зависимости от того, какие отношения объекта (системы) с внешней средой должны быть отражены.

На основе современного спектра исследований в области изучения и оценки социальной эффективности и качества медицинской помощи,

³² См., например, Кирбасова Н.П., Байбиков Д.Р. Бизнес-планирование как комплексный метод решения проблемы повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения в условиях многоканального финансирования. // Главный врач. – 2004.- № 3. – С. 38 – 44; Кант В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения / В.И. Кант.-М.: Медицина, 1978; Москвитин А.В. Экспертиза качества оказания медицинской помощи при индивидуальной сдельной форме оплаты труда // Здравоохранение РФ. - 1997. - №6 и др.

нами сделана попытка выработки оптимальной технической схемы количественной оценки свойств медицинских услуг.

Предлагаемый нами метод финансирования учреждений здравоохранения на основе глобального бюджета прошел апробацию в МУЗ ГKB №8 в июне 2005 года. Нами впервые использован комплексный подход к оценке эффективности деятельности учреждений здравоохранения с выделением медицинской и социальной эффективности. Оценочная система представляет собой совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих комплексов учета, контроля и собственно оценки, и ее использование построено на принципиальной основе мониторинга. Методологической базой системы являются общая теория систем, квалиметрические принципы и методы, аддитивная теория ценностей, использованы методы интерполяции и экспертных оценок.

Объект исследования - набор частных показателей и интегральный показатель социальной эффективности и качества оказания медицинской помощи.

Сравнительная база исследования - соответствующие ретроспективные данные функционирования МУЗ ГKB №8.

Разработка комплексной методологии оценки социальной эффективности и качества медицинской помощи нами основывалась на форме выражения отдельных оценочных показателей.

1. Метрические оценки подразумевают выражение их результатов в существующих системах метрических единиц.

2. Относительные структурно-динамические оценки по группе ведущих показателей.

К частным относительным показателям социальной эффективности и качества медицинских услуг нами отнесены:

1. Показатели медицинской эффективности.

Относительным показателем, в наиболее общем виде отражающим медицинскую эффективность, является коэффициент медицинской результативности ($K_{мр}$). Он рассчитывается как отношение количества пациентов с положительным медицинским результатом (положительная динамика здоровья на день выписки) за отчетный период ($МРф$) к общему числу пациентов, выбывших из учреждения за этот же период (n).

$$K_{мр} = МРф : n$$

Эффективность диагностической работы отражает соответствующий коэффициент - $K_{диагн}$. Для определения этого показателя рассчитывается отношение количества диагностических исследований, выполненных за отчетный период ($ДИАГНф$), к общему числу выбывших за этот же период пациентов (n). Степень выполнения соответствующего медицинского стандарта высчитывается посредством коэффициента (St): точное соблюдение стандарта оценивается коэффициентом, равным 1,0; при отклонении в любую сторону эта величина уменьшается, превращаясь в доли единицы. Коэффициент St определяется как средняя за оцениваемый период величина (для учреждения в целом).

$$K_{диагн} = (ДИАГНф : n) \times St$$

По такой же схеме оценивается лечебная деятельность. Соответствующий коэффициент - $K_{л}$ - рассчитывается как отношение количества лечебных процедур, выполненных за оцениваемый период ($Клп$), к общему числу пациентов, выбывших за этот же период (n).

$$Kл = (Kлн : n) \times St$$

Критерием оценки качества медицинской деятельности, которое, как уже отмечалось, является обязательным компонентом медицинской эффективности, служит наличие или отсутствие дефектов медицинских вмешательств. К дефектам относятся технические погрешности, необоснованные отклонения от технологических схем проведения диагностических исследований, лечебных и оздоровительных процедур, нарушения этических норм при контактах медика и пациента.

Коэффициент качества медицинской деятельности (Ккм) представляет собой отношение количества выявленных в отчетном периоде дефектов медицинских вмешательств всех групп к общему числу выбывших за этот период пациентов (n).

$$Kкм = Kд : n$$

Для количественной оценки динамики описанных показателей по расчетным периодам рассчитываются базисные и цепные индексы медицинской эффективности.

2. Показатели социальной эффективности.

К приоритетным характеристикам, по мнению пациентов, здесь относится степень соответствия ожиданиям, удовлетворения потребностей в медицинской помощи, облегчение симптомов заболевания, функциональное улучшение, вежливость и внимательность персонала. При этом, пациенты оценивают полученную помощь как бы с субъективной точки зрения. Существует понятие что удовлетворение потребностей является основой определения качества услуг, а удовлетворенность

пациента - одним из критериев качества медицинской помощи (рекомендации ВОЗ). Более того, ориентация на пациента является одним из ключевых положений в развитии концепции непрерывного улучшения и обеспечения качества.

В последние годы с процессом реформирования здравоохранения предполагаются качественно новые экономические отношения между лечебным учреждением и пациентом. В этой связи в рамках объективной необходимости нами проведено социологическое исследование удовлетворенности пациентов на основе анкетного опроса, включающего следующие разделы:

1. Раздел по организации самого процесса госпитализации (приходилось ли ожидать плановую госпитализацию, был ли отказ в этом, достаточно ли было срока, отведенного на госпитализацию).

2. Раздел удовлетворенности пациента внутригоспитальным пребыванием (условиями в палате, питанием, обследованием; замечено ли грубое отношение медицинского персонала).

3. Раздел по оценке профессионального уровня обслуживания: является ли врач специалистом высокой квалификации, был ли отказ в необходимом обследовании, соответствуют ли методы обследования и лечения современному уровню, осуществлены ли все необходимые процедуры по проблеме заболевания пациента и по цели госпитализации.

На основании полученных ответов на вопросы, поставленные в анкетах, нами высчитывался коэффициент социальной удовлетворенности (Кс):

$$Kc = Ny / Nobщ,$$

где

Ny - число случаев удовлетворенности пациентов;

$Nobщ$ - общее число оцениваемых случаев.

На последнем этапе подсчитывался интегральный индекс социальной эффективности и качества медицинской помощи по следующей формуле:

$$P = \prod_{i=1}^n K_i,$$

где P – значение интегрального коэффициента социальной эффективности и качества медицинской помощи;

n – число частных показателей социальной эффективности и качества медицинской помощи;

i – номер частного показателя социальной эффективности и качества медицинской помощи³³.

Как видно из описания методики оценки медицинской эффективности деятельности учреждения здравоохранения, в процессе формирования интегрального оценочного показателя анализируются соблюдение медицинских технологий (процесс), и результативность медицинской деятельности (результат), и социальная удовлетворенность, т.е. есть все компоненты классической триады, составляющей основу характеристики деятельности субъектов отрасли.

Таким образом, проведенная оценка социальной эффективности и качества медицинской помощи охватывает все наиболее важные критерии, исключает дублирование отдельных показателей, позволяет быстро и объективно получить результат. Использование в ходе оценки сравнения показателей за различные промежутки времени дает возможность

³³ Без учета коэффициента дефектности медицинского вмешательства.

применять данный способ расчета как вариант оперативного контроля деятельности организации.

Подробнее остановимся на результатах эмпирического исследования.

Динамика показателей финансирования МУЗ ГKB №8 в ретроспективе по сравнению с проектными данными позволяет рассчитать возможные масштабы неинвестирования деятельности учреждения в рамках средств ОМС (табл. 3.6, Приложение 6).

Таблица 3.6

Масштабы неинвестирования деятельности учреждения в рамках средств
ОМС

Год	Прямое недофинансирование и ТФОМС, тыс.руб	Вероятный поток нецелевого использования средств, тыс.руб	Абсолютное отклонение стоимости койко-дня, руб (факт/план)	Относительное отклонение стоимости койко-дня, % (факт/план)
2001	-109,00	496,92	-6,85	-4,18
2002	-4206,90	1824,28	-70,47	-23,31
2003	-126,80	1826,37	-23,14	-7,13
2004	-2078,80	1338,33	-39,36	-11,27
2005	-1462,39	1794,12	-36,17	-9,64

С одной стороны, за счет значительного отклонения фактического количества койко-дней от планового в 2001–2005 гг. могла иметь место возможность нецелевого использования средств в размере 496,92–1794,12 тыс.руб. в год. С другой стороны, при сопоставлении данных фактической суммы финансирования МУЗ ГKB №8 с заявленными в плане ОМС нами обнаружен дефицит финансовых ресурсов в размере 109–4206,9 тыс.руб. в год, что свидетельствует о низкой платежной дисциплине

территориального фонда ОМС.

Абсолютное отклонение фактической стоимости койко-дня от плановой имело наибольшее значение в 2002 г., что повлекло за собой существенное снижение социальной эффективности и качества медицинской помощи.

Наглядной иллюстрацией повышения эффективности функционирования МУЗ ГKB №8 в течение периода апробации проекта может служить также сравнительная оценка длительности пребывания пациентов в стационаре в ретроспективе и проектом периоде. (табл.3.7, рис.3.3)

Таблица 3.7

Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре, дней

Показатель	2001	2002	2003	2004	2005	Проект
Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре, дней	12,3	11,3	10,6	10,3	10,4	9,8
В т.ч. по отделениям						
Урологическое	13,4	13,9	13,0	11,7	10,6	10,1
Неврологическое	14,3	14,1	13,9	13,7	13,2	12,5
Отделение гнойной гинекологии	10,1	7,7	7,0	7,3	7,5	6,7
Эндокринологическое	-	12,3	10,7	10,3	10,2	9,6
Кардиологическое	15,2	14,6	14,5	13,7	14,7	13,8
Терапевтическое	13,9	13,6	12,5	13,7	12,7	11,9

Представленные данные показывают тенденцию значительного снижения длительности пребывания пациентов в стационаре в проектом периоде, как в целом по ГKB, так и по отделениям. Наиболее высокий темп снижения длительности пребывания был зафиксирован в отделении гнойной гинекологии (-10,67%).

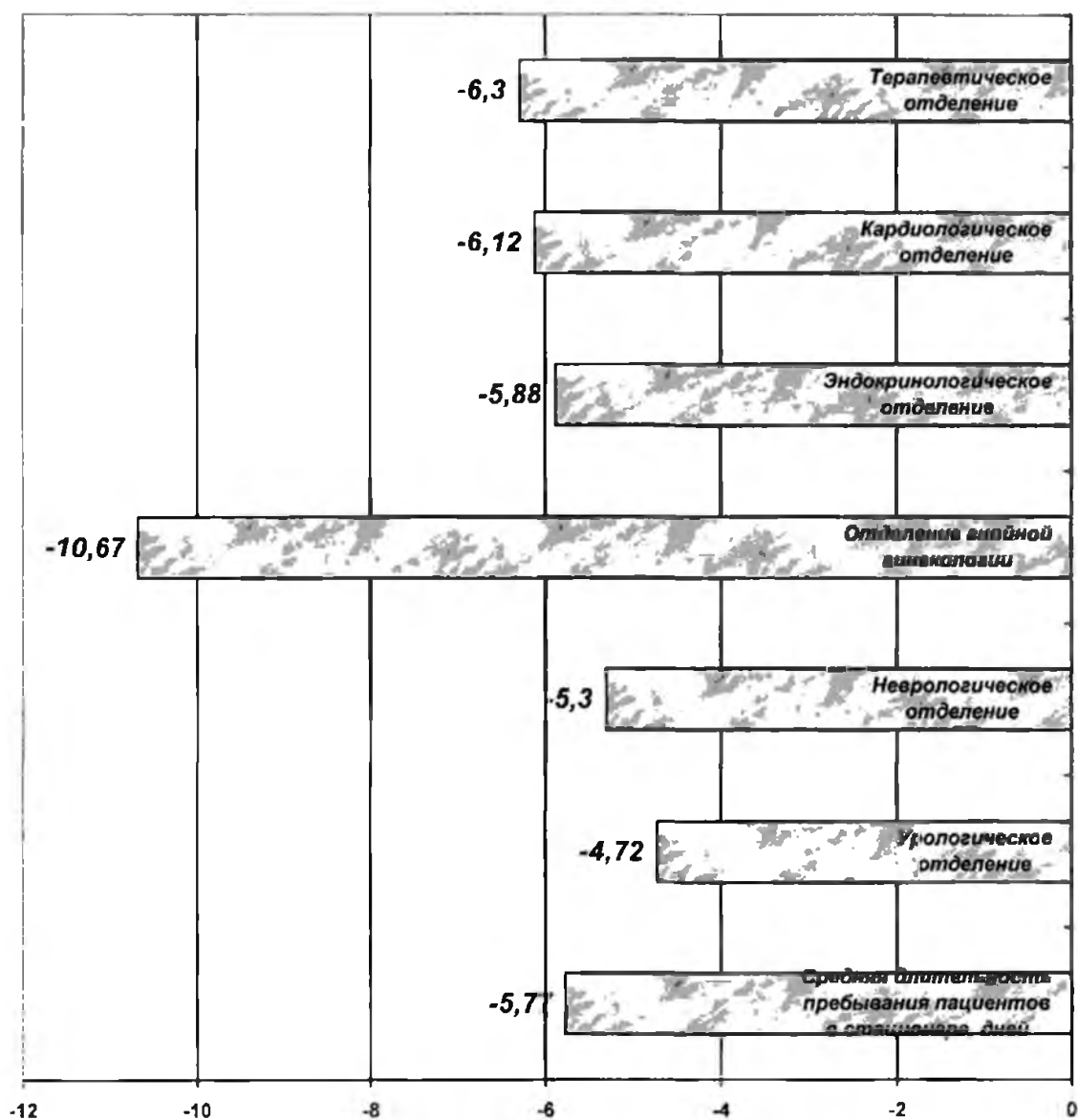


Рис.3.3. Относительное сокращение длительности пребывания пациентов в стационаре (проектные значения/фактические значения 2005г.), %

Исходя из материалов статистического наблюдения можно также констатировать, что в течение периода апробации проекта имел место существенный рост коэффициентов социальной эффективности и качества медицинской помощи (табл.3.8., Приложение 5,7).

Таблица 3.8

Динамика коэффициентов социальной эффективности и качества медицинской помощи МУЗ ГКБ №8

	2001	2002	2003	2004	2005	Проект
По ГКБ						
Коэффициент медицинской результативности	0,971	0,907	0,960	0,948	0,944	0,992
Коэффициент эффективности диагностической работы	2,721	2,190	2,598	2,406	2,519	3,090
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	23,157	15,427	20,186	18,462	19,486	29,824
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	0,033	0,076	0,044	0,052	0,043	0,010
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,957	0,854	0,921	0,920	0,918	0,991

Так, коэффициент медицинской результативности функционирования МУЗ ГКБ №8 увеличился с 0,944 до 0,992 (в 2001 г. – 0,971, в 2002 – 0,907, в 2003 – 0,960, в 2004 – 0,948). Значение коэффициента эффективности диагностической работы увеличилось с 2,519 до 3,090; коэффициента эффективности лечебной деятельности - с 19,486 до 29,824. Дефектность медицинского вмешательства снизилась с 0,043 до 0,010. Коэффициент социальной удовлетворенности показал рост с 0,918 до 0,991.

Дополнением к изложенному является расчет динамики цепных (105,09–153,05%) и базисных (102,19–128,79%) индексов роста показателей социальной эффективности и качества медицинской помощи (Приложение 5).

Сопоставление значений абсолютного и относительного отклонений стоимости койко-дня в МУЗ ГКБ №8 с динамикой коэффициентов медицинской результативности функционирования

учреждения и социальной удовлетворенности в ретроспективном периоде и по проекту позволило выявить устойчивую корреляционную зависимость индексов роста показателей эффективности и объемов финансирования деятельности клиники (Приложения 8,9).

Как видно из приложений, трендовая динамика коэффициентов медицинской результативности, эффективности диагностической работы и лечебной деятельности, социальной удовлетворенности повторяет тенденцию изменения относительной стоимости финансирования койко-дня стационара. Динамика коэффициента дефектности медицинского вмешательства показывает устойчивую обратную зависимость.

Аналогичные выводы можно сделать по итогам анализа динамики интегрального показателя социальной эффективности и качества медицинской помощи (табл. 3.9, Приложения 10-12)

Таблица 3.9

Динамика интегрального показателя социальной эффективности и качества медицинской помощи

Интегральный показатель социальной эффективности	2001	2002	2003	2004	2005	Проект
В целом по ГКБ	58,55	26,18	46,36	38,77	42,54	90,64
В т.ч. по отделениям						
Урологическое	22,60	11,46	18,60	14,99	18,31	38,40
Неврологическое	34,21	16,30	25,26	21,67	24,51	42,75
Отделение гнойной гинекологии	78,99	41,64	62,69	61,41	65,05	122,50
Эндокринологическое		24,37	50,67	33,18	37,63	87,19
Кардиологическое	55,03	23,18	44,48	42,00	47,22	93,53
Терапевтическое	61,40	24,69	45,70	40,18	38,55	94,48
Цепной индекс роста ИП, %						
В целом по ГКБ		44,72	177,07	83,64	109,72	213,05
В т.ч. по отделениям						
Урологическое		50,71	162,29	80,57	122,19	209,73
Неврологическое		47,64	155,00	85,81	113,10	174,41
Отделение гнойной гинекологии		52,71	150,57	97,96	105,92	188,30

Эндокринологическое			207,93	65,49	113,41	231,70
Кардиологическое		42,13	191,85	94,43	112,44	198,06
Терапевтическое		40,21	185,09	87,92	95,95	245,06
Базисный индекс роста ИП, %						
В целом по ГKB	100,00	44,72	79,18	66,22	72,66	154,80
В т.ч. по отделениям						
Урологическое	100,00	50,71	82,30	66,31	81,02	169,93
Неврологическое	100,00	47,64	73,84	63,36	71,65	124,97
Отделение гнойной гинекологии	100,00	52,71	79,36	77,75	82,35	155,07
Эндокринологическое		100,00	207,93	136,17	154,43	357,81
Кардиологическое	100,00	42,13	80,82	76,32	85,81	169,96
Терапевтическое	100,00	40,21	74,43	65,44	62,79	153,87

Данные таблицы свидетельствуют о том, что в проектный период значения интегрального показателя социальной эффективности и качества медицинской помощи увеличилось более чем в 2 раза (213,05%) по отношению к уровню 2005 г. По отделениям уровень дифференциации составил 174–245%.

Таким образом, апробация внедрения механизма финансирования МУЗ ГKB №8 в рамках глобального бюджета подтвердила высокую эффективность предлагаемого проекта.

Подводя итог исследования в главе 3 настоящей работы, следует отметить, что условием повышения социальной эффективности и качества медицинской помощи будет совершенствование механизма финансирования учреждений здравоохранения, предполагающее комплексные действия, направленные на гармонизацию взаимодействия субъектов отрасли в рамках хозяйственных связей.

Метод глобального бюджета для стационара представляет собой возможность более рационального использования всех ресурсов. За счет экономии средств, используемых ранее неэффективно, возможно приобретение современных лекарственных средств, создание новых диагностических служб и внедрение новых технологий лечения,

повышение мотивации персонала. Кроме того, новый порядок финансирования МУЗ ГKB №8 позволит искать пути рационального использования средств и осуществлять оказание стационарной медицинской помощи действительно нуждающимся в данном виде медицинских услуг.

В реальных условиях достижение высокой социальной эффективности и качества медицинской помощи достаточно трудоемкий процесс, так как оптимизировать систему взаимодействия по критерию "воздействие-результат" возможно исключительно с помощью комплексного подхода, который можно представить в виде процесса осуществления определенного типа взаимосвязанных действий по формированию и использованию ресурсов для достижения поставленных целей.

Разработанная нами методология оценки социальной эффективности и качества медицинской помощи основана на преобладающей роли рациональности распределения ограниченных ресурсов здравоохранения в рамках глобального бюджета клиники:

- формировать наиболее предпочтительную, с точки зрения результативности, структуру стратегического потенциала функционирования учреждения здравоохранения;
- рационализировать обеспеченность элементов стратегического потенциала требуемыми финансовыми ресурсами;
- адаптироваться к макроэкономической и институциональной среде.

Проблемы, затронутые в настоящем исследовании, не исчерпываются изложенным выше. Порядок финансового обеспечения деятельности любого лечебно-профилактического учреждения затрагивает все вопросы его эффективного функционирования, начиная от формирования коечного фонда,

обеспечения занятости и мотивации работников, и, кончая формированием договорных отношений, развития новых технологий и других аспектов многогранной деятельности ЛПУ. Очень важно, чтобы любой предлагаемый вариант финансового обеспечения учреждений здравоохранения учитывал его потребности, потребности пациентов, финансирующей стороны в неразрывном единстве, в комплексе, в системе с целью взаимоувязки вопросов финансирования с проблемами оценки качества медицинской помощи, с конечным результатом функционирования учреждения здравоохранения.

Приведенные по теме исследования предложения рационализации финансирования учреждений здравоохранения в рамках средств ОМС, несомненно, внесут продуктивный вклад в оптимизацию функционирования клиник. Вместе с тем, динамика институциональных преобразований в России предполагает необходимость дальнейших теоретических и практических разработок в различных аспектах данной проблемы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В завершении проведенного исследования необходимо сделать ряд заключительных выводов.

1. Предметом анализа эффективности финансирования учреждений здравоохранения в настоящей работе явилось соответствие институциональных характеристик применяемых моделей финансирования общим условиям эффективного использования средств. Современные модели финансирования учреждений здравоохранения противоречат принципам обеспечения эффективного использования средств и повышению социальной эффективности и качества медицинской помощи.

2. Разделение между страховой и бюджетной системами финансирования по объектам (видам медицинской помощи) и предметам (составу возмещаемых расходов) финансирования, а также определение полномочий фондов ОМС не были результатом рационального выбора на основе критериев экономической эффективности и социальной справедливости. Определяющее влияние оказали политические факторы и соотношение размеров взносов работодателей с различными статьями расходов ЛПУ, сложившиеся в каждом отдельном субъекте РФ в переходный период.

В системе ОМС применяются методы оплаты, увязывающие размер финансирования с объемами оказываемой медицинской помощи. Бюджетная часть финансирования, как правило, поступает в ЛПУ вне связи с объемами помощи. Такое сочетание элементов страхового и бюджетного финансирования снижает эффект новых методов оплаты, действующих в системе ОМС, и не создает стимулов у медицинских организаций к поиску путей экономии расходов по отдельным статьям, к

поиску вариантов более рационального перераспределения средств между статьями. Возмещение одной части расходных статей из одного источника, а другой части - из иного источника ориентирует медицинские организации на сохранение достигнутого уровня финансирования и его увеличение по всем видам расходных статей, и воспроизводит ориентацию ЛПУ на затратное хозяйствование. Кроме того, распределение полномочий между руководством исполнительной власти субъекта РФ, региональным органом управления здравоохранением, исполнительной дирекцией фонда ОМС, муниципальными органами власти в принятии решений о финансировании территориальной программы ОМС, как правило, не закреплено в достаточной степени в законодательстве.

3. Институциональный анализ механизма финансирования учреждений здравоохранения РФ позволил сделать следующий вывод: существующий механизм способен лишь воспроизводить сложившийся режим хозяйствования учреждений и несовместим с требованиями эффективного использования ресурсов и повышения качества оказания медицинской помощи. Затратный порядок финансирования при отсутствии учета результирующих показателей, при наличии нескольких источников финансирования и общей недостаточности выделяемых средств создает ситуацию, в которой проблематичной является сама постановка вопроса о корректной оценке эффективности использования как бюджетных ассигнований, так и средств обязательного медицинского страхования.

Существующая система финансирования прямо противоречит задаче обеспечения эффективного использования средств, если размер выделяемых средств не покрывает всех расходов учреждений здравоохранения и не связан с результирующими показателями их деятельности. Для решения указанной задачи необходимо отказаться от существующей системы и внедрить иной механизм финансирования

учреждений здравоохранения, обеспечивающий прямую увязку и сбалансированность размеров ассигнований и объемов, структуры и качества медицинской помощи.

4. Решающим условием преодоления социальных и политических барьеров реструктуризации является выход на качественно иной уровень координации политики органов государственной власти по горизонтали (прежде всего органов здравоохранения, социальной защиты и финансов, фондов ОМС) и по вертикали и обеспечение ее комплексности и последовательности. Особую проблему в рамках поставленной темы настоящего диссертационного исследования представляет собой финансовое взаимодействие между финансирующей стороной - Фондом обязательного медицинского страхования и учреждениями здравоохранения.

5. Представленные в настоящей работе задачи и требования к страховому механизму финансирования здравоохранения нацелены на сохранение всех положительных сторон действующих методов оплаты медицинской помощи. Методы оплаты должны обеспечивать оплату реальных результатов деятельности медицинских организаций, а не используемых ресурсов, ориентируя на повышение уровня экономической работы как финансирующей стороны, так и медицинской организации.

На сегодняшний день, по нашему мнению, совершенствование финансового взаимодействия ЛПУ и системы обязательного медицинского в целях повышения социальной эффективности и качества оказываемой медицинской помощи возможно лишь на принципах предварительной оплаты услуг: методом глобального бюджета.

6. В целях повышения социальной эффективности и качества медицинской помощи результатом переговоров между ФОМС и стационаром должен явиться согласованный фиксированный бюджет под

определенный объем медицинской помощи (глобальный бюджет), который определяется на основе анализа объема работ стационара за предыдущий период.

Преимущество предлагаемой нами схемы финансирования состоит в том, что глобальный бюджет стационара рассчитывается, исходя не из ресурсных показателей, а из параметров результативности деятельности. Иначе говоря, объем финансовых средств, предоставленных клинике, не зависит от ее ресурсных показателей. Согласованный объем помощи выполняется на основе собственного плана, с привлечением тех ресурсов, которые для этого необходимы.

Главное отличие метода глобального бюджета от действующих сегодня методов оплаты стационарной помощи состоит в том, что оплата помощи осуществляется не по факту ее предоставления (ретроспективно), а на основе разработанного и согласованного заказа на определенный объем помощи.

В этом случае руководство клиники имеет возможности маневрировать ресурсами, выбирая наиболее эффективные варианты оказания помощи. При ведении переговоров о составе бюджета стационара учитываются все текущие и перспективные характеристики его работы, включая планируемые технологические нововведения.

К числу положительных моментов данной схемы финансирования деятельности ЛПУ, в первую очередь, можно отнести следующие:

- возможность маневрирования ресурсами;
- возможность получения экономии, возникающей за счет оптимизации структуры медицинской деятельности.

7. Условием повышения социальной эффективности и качества медицинской помощи будет совершенствование механизма финансирования учреждений здравоохранения, предполагающее

комплексные действия, направленные на гармонизацию взаимодействия субъектов отрасли в рамках хозяйственных связей.

Метод глобального бюджета для стационара представляет собой возможность более рационального использования всех ресурсов. За счет экономии средств, используемых ранее неэффективно, возможно приобретение современных лекарственных средств, создание новых диагностических служб и внедрение новых технологий лечения, повышение мотивации персонала. Кроме того, новый порядок финансирования ЛПУ позволит искать пути рационального использования средств и осуществлять оказание стационарной медицинской помощи действительно нуждающимся в данном виде медицинских услуг.

В реальных условиях достижение высокой социальной эффективности и качества медицинской помощи достаточно трудоемкий процесс, так как оптимизировать систему взаимодействия по критерию "воздействие-результат" возможно исключительно с помощью комплексного подхода, который можно представить в виде процесса осуществления определенного типа взаимосвязанных действий по формированию и использованию ресурсов для достижения поставленных целей.

Приведенные по теме исследования предложения рационализации финансирования учреждений здравоохранения в рамках средств ОМС, несомненно, внесут продуктивный вклад в оптимизацию функционирования клиник. Вместе с тем, динамика институциональных преобразований в России предполагает необходимость дальнейших теоретических и практических разработок в различных аспектах данной проблемы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993).
2. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 31.12.2005).
3. Закон РФ от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 23.12.2003) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации".
4. Постановление Правительства РФ от 29.03.1994 N251 (ред. от 14.10.2005) "Об утверждении правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование".
5. Постановление Правительства РФ от 11.10.1993 N1018 (ред. от 14.10.2005) "О мерах по выполнению закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" (с "Инструкцией о порядке взимания и учета страховых взносов (платежей) на обязательное медицинское страхование", "положением о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование").
6. Постановление Правительства РФ от 15.09.2005 N 570 "Об утверждении правил регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании и формы свидетельства о регистрации страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании".
7. Постановление Правительства РФ от 04.07.2002 N 499 (ред. от 01.02.2005) "Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности".

8. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 N 321 (ред. от 31.12.2004) "Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации".
9. Постановление Правительства РФ от 26.11.2004 N 690 "О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год".
10. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 N 323 (ред. от 12.08.2004) "Об утверждении положения о федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития".
11. Постановление Правительства РФ от 30.06.2004 N 325 "Об утверждении положения о федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию".
12. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 N 27 "Об утверждении правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями".
13. Типовые правила обязательного медицинского страхования граждан" (утв. ФФОМС 03.10.2003 N 3856/30-3/и) (ред. от 24.11.2004) (Зарегистрировано в Минюсте РФ 24.12.2003 N 5359).
14. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг (временная) (Министр Ю.Л.Шевченко, Президент РАМН В.И.Покровский 1999).
15. Инструкция по расчету стоимости простых, сложных и комплексных услуг (Президент РАМН В.И.Покровский, 2002).
16. Методика расчетов тарифов на медицинскую услугу, оказываемую гражданам в рамках программ ОМС (Председатель ПФР М.Ю.Зурабов, Директор ФОМС А.М.Таранов, 2003).
17. Методика расчета затрат на медицинскую помощь (Зам. Министра В.И.Стародубов, 2004).
18. Указания по обеспечению целевого и рационального использования

- средств системы обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 07.08.1997 № 71 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 6. - М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. - С.109-118.
- 19.Абашин Н.Н. Оценка эффективности вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи: Дис... канд. мед. наук /Научно-исследовательский институт социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением РАМН (НИИСГЭиУЗ РАМН), 1999.
- 20.Авдюхин Н.М., Парамонова М.А., Коломейченко В.В. и др. Качество медицинской помощи. //Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2005. -№ 4.-С. 15-19.
- 21.Азарова Е. Г., Виноградова З. Д., Полупанов М. И. Концепция развития законодательства о социальном обеспечении // Концепция развития российского законодательства. - М., 1998.
- 22.Андреева О., Тэгай Н. Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов// Медицинский вестник. - 2002. - №32.
- 23.Анисимов В. Правовые и организационно-экономические основы формирования территориальных программ ОМС. // Страхование дело. - 1999. - №3. - С.26 – 32.
- 24.Анисимов В.М., Громов А.П., Шиленко Ю.В. Актуальные проблемы правовой экспертизы в страховой медицине // Финансы. - 1994. - № 6. - С.61-67.
- 25.Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. WP1/2002/07/ Авт. коллектив: Т.В.Богатова, Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова, С.В.Шишкин; Независимый институт

социальной политики. – М.: ООО "Пробел-2000", 2002.

26. Бойко В.В., Петрашевич В.А. – Применение новой системы материального стимулирования в медицинском учреждении // Здоровоохранение РФ – 1997. - №1.
27. Большакова Т.С. Совершенствование системы финансирования здравоохранения федерального подчинения в связи с проблемой повышения эффективности планирования и использования ресурсов. - Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 14-16.
28. Бугаев Ю.С. О некоторых проблемах и перспективах развития страхования в России. // Финансы. - 1994. - №3. - С. 45-53.
29. Бутова В.Г. Экономическое обоснование страховых тарифов по обязательному медицинскому страхованию // Финансы. - 1999. - №1. - С.38–51.
30. Бутова В.Г., Ананьева Н.Г. Экономическое обоснование страховых тарифов по обязательному медицинскому страхованию. // Финансы. - 1994. - № 1. - С. 38-43.
31. Власов В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов. — М.: Триумф, 1999.
32. Воробьев П.А., Сидорова Л.В., Кулигина Ю.А., Авксентьева М.В. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2003. - № 8. - С. 20-25.
33. Вялков А.И. О необходимости внедрения новых экономических моделей в здравоохранении. – Экономика здравоохранения, 2001, № 1(51). С. 5-11.
34. Габуева Л.А. Предпринимательская деятельность учреждений здравоохранения. - М.: ГРАНТЬ, 2002. - 944 с.
35. Гайдаров Г. М. Некоторые вопросы повышения эффективности деятельности медицинских учреждений в новых экономических условиях // Бюл. НИИ им. Н.А. Семашко, 1997. - № 4. – С. 18-24.

36. Гайдаров Г. М. Система Контроля качества и эффективности медицинской помощи в клиниках медицинского вуза: Методические рекомендации № 96/109 МЗ и МП РФ. – М., 1996. С. 19.
37. Гаспарян А.С. Комплексная система мониторинга общественного здоровья / А.С. Гаспарян // Информационные системы и технологии в здравоохранении: Тр. Рос. науч.-практ. конф., 28-29 мая 2003г.-М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2003.-С. 12-17.
38. Гехт И.А. О некоторых проблемах внедрения медицинского страхования // Здравоохранение РФ. - 1996. - №4.
39. Гиляревский С.Р. Современные принципы анализа экономической эффективности медицинских вмешательств // Экономика здравоохранения. - 2001. - №9.
40. ГомьенД., ХаррисД., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. - М., 1998.
41. Граната А.В., Хиллман А.Л. Использование анализа эффективности затрат для выбора оптимальных клинических рекомендаций. // Международный журнал медицинской практики. - 1999. - №6. - С. 8 — 16.
42. Гришин В. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. // Здравоохранение РФ. - 2000. - №4.
43. Гришин В.В. Обязательное медицинское страхование. Первые шаги // Экономика и жизнь. - 1998. - №41. - С. 14.
44. Гришин В.В. Обязательное медицинское страхование: состояние, анализ, пути развития. // Экономика и жизнь. - 2000. - №3. - С. 15.
45. Житников Ю.М. – Единая тарифная сетка: проблемы и пути решения/ Вестник "Медицина для всех" – 1996. - №5.
46. Исакова Л. Е. и колл. авт. Методические рекомендации по выбору и

организации системы оплаты медицинской помощи при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. - М., 1999.

- 47.Исакова Л. Е. и колл. авт. Методические рекомендации по разработке и согласованию плановых объемов стационарной помощи и размера их финансирования (глобального бюджета стационара). - М., 1999.
- 48.Кадыров Ф. Н. Методические подходы к некоторым проблемам оплаты труда работников в условиях ОМС / Экономика здравоохранения. – 1996. - № 12. – С. 28-34.
- 49.Кадыров Ф.Н. – Стимулирующие системы оплаты труда в здравоохранении – М.: Грантъ, 1998.
- 50.Кадыров Ф.Н. Ценообразование медицинских и сервисных услуг учреждений здравоохранения. - М.: ГРАНТЬ, 2001. - 424 с.
- 51.Кадыров Ф.Н. Экономическая служба лечебно-профилактических учреждений. - М.: ГРАНТЬ, 2000. - 800 с.
- 52.Кант В.И. Методология системного подхода и ее применение в практике здравоохранения / В.И. Кант.-М.: Медицина, 1978.-136 с.
- 53.Кирбасова Н.П. и др. Методические указания по совершенствованию оплаты медицинских услуг и расходованию финансовых средств в учреждениях здравоохранения федерального подчинения от 28.02.00. МЗ РФ и РАМН.
- 54.Кирбасова Н.П. Направления совершенствования системы планирования и финансирования медицинской помощи. // Здравоохранение. – 2004. - № 3. – С. 27 – 31.
- 55.Кирбасова Н.П. О выполнении государственного задания на дорогостоящие виды медицинской помощи. // Здравоохранение. – 2003. - №11. – С. 21 – 24.
- 56.Кирбасова Н.П., Байбиков Д.Р. Бизнес-планирование как комплексный

- метод решения проблемы повышения эффективности деятельности учреждений здравоохранения в условиях многоканального финансирования. // Главный врач. – 2004.- № 3. – С. 38 – 44.
- 57.Кирбасова Н.П., Сивцева М.Г. Ресурсосберегающие технологии в здравоохранении. // Страхование здоровья. – 2004. - № 1-2. – С. 41 – 42.
- 58.Клещев С. Развитие и формирование медицинского страхования в России//www.rosmedstrah.ru/articles.php?show=1&id=92&offset=0&theme=26
- 59.Корчагин В.П. Проблемы труда и заработной платы в здравоохранении/Экономика здравоохранения. – 1996.-№3.
- 60.Кремлева Н.И., Азарова Н.Н., Омельченко В.Н. Новый подход к финансированию больниц (опыт формирования глобального бюджета Калужской больницы скорой помощи) //Главный врач. - 1999. - №3. - С. 36-44.
- 61.Кремлева Н.И., Омельченко В.Н. Финансовое управление стационаром, работающим в условиях глобального бюджета //Главный врач. - 1999. - №3. - С.45-53.
- 62.Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шименко Ю.В. Здравоохранение в условиях рыночной экономики/Под ред. Э.А.Нечаева, Е.Н. Жильцова – М.: Медицина, 2005.
- 63.Лаврова Ю. Обязательное медицинское страхование – опыт ФРГ // Финансы. - 2003. - №8.
- 64.Левант Н.А. Варианты добровольного медицинского страхования и экономические основы их проведения. // Финансы. - № 1. - 1993. - с.56-62.
- 65.Лившиц А.А. Материальное поощрение медицинских работников как фактор повышения качества медицинской помощи// Здравоохранение. - 1998. - №4.

- 66.Лунская Л.Л., Челидзе Н.П., Кирбасова Н.П., и др. Инструкция по расчету стоимости медицинских услуг. // Экономика здравоохранения. - 2001. - № 1 – С.47-58.
- 67.Макарова Т.Н., Лебедева Н.Н., Федорова Э.Г. Как определить обоснованность госпитализации? Методические подходы к изучению проблем //Главный врач. - 1999. - №3. - С.26-35.
- 68.Мартынов А.И., Остроумова О. Методы фармакоэкономического анализа в кардиохирургии и кардиологии // Экономика здравоохранения. - 2001. - №11-12.
- 69.Маршалова А.С. Улавнова Н.К. Проблемы эффективности использования фондов обязательного медицинского страхования. // Регион. - 1996. - №2. - С. 107-118.
- 70.Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения // Вестник государственного социального страхования. - 2005. - №1. - С.65-75.
- 71.Методика расчета тарифа на медицинские услуги в стационарах // Экономика здравоохранения. - 2000. - №2-3.
- 72.Методические рекомендации к расчету себестоимости медицинских услуг в условиях обязательного медицинского страхования/ ЦМЭИ. - Саратов, 1993.
- 73.Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения / Под ред. Н.Б.Окушко. - Кемерово, 2000.
- 74.Москвитин А.В. Экспертиза качества оказания медицинской помощи при индивидуальной сдельной форме оплаты труда // Здравоохранение РФ. - 1997. - №6.
- 75.Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия "Научные доклады: независимый экономический анализ", № 142. - М.: Московский общественный научный фонд, независимый институт

социальной политики, 2003.

76. О ходе реализации Концепции развития здравоохранения медицинской науки, задачах на 2001-2005 годы и на период до 2010 года. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации. - М., 20 марта 2001. - С. 85.
77. Огородникова Н.И., Уткина В.А. и др. О новом варианте экономических расчетов и стандартизации поликлинических услуг/ Доклады и тезисы докладов научно-практической конференции "Проблем ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования". – Ижевск, 1995.
78. Основы страховой деятельности: Учебник/отв.ред. проф. Т.А.Федорова. – М.: БЕК, 2001.
79. Основы страховой деятельности: Учебник/отв.ред. проф. Т.А.Федорова. – М.: БЕК, 2005.
80. Осокина Е., Кирбасова Н.П. Изменения хозяйственного механизма в здравоохранении. // Экономист. – 1992. - № 2. С. 72 – 76.
81. Отчеты федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2000-2005 годы.
82. Оценка качества и эффективности медицинской помощи: Методические материалы. / Под редакцией Линденбратен А.Л. - М.: ГРАНТЬ, 1999.
83. Платные медицинские услуги: Сборник нормативных документов. –М.: АПП "Джангар", 2001.-304с.
84. Постников С.Б. Здравоохранению - приоритетная финансовая поддержка. // Финансы. - 1994. - № 11. - С. 42-45.
85. Решетников А.В. Социально-экономическое прогнозирование и планирование в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. - 2000. - №11.

86. Решетников А.В. Финансовый менеджмент в системе обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. - 2001. - №10.
87. Рождественская И.А., Шишкин И.А. Рекомендации по организации взаимодействия территориальных органов здравоохранения и фондов обязательного медицинского страхования. - М.: ИЭПП, 2000.
88. Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. С. 380.
89. Семенов А.В., Чернов А.Ю. Медицинское страхование. – М.: Финстатинформ, 2005.
90. Скляр Е.И., Макарова И.Г., Соловьёва Т.А. Организация вневедомственного контроля объёмов и качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд ОМС Курганской области.
91. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. Т. 2. М.-Л.: Государственное социально-экономическое издательство, 1931. С. 372.
92. Совершенствование деятельности здравоохранения территории на основе экономических методов управления: Учебно-методические рекомендации/ Под ред. Г.Н.Царик/ – Кемерово, 1989.
93. Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации. - М.: Теис, 2001.
94. Социальная медицина и организация здравоохранения/Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов: В 2 томах. Т.2/В.А.Меняев, Н.И.Вишняков, В.К.Юрьев, В.С.Лукевич. – СПб, 2005.
95. Справочник по кадровой работе и оплате труда в учреждениях здравоохранения: в 2 т. - М.: ГРАНТЬ, 1997. Т. 1. – 608 с.

96. Стародубов В.И. Основы политики информатизации здравоохранения в современных условиях / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А. С. Киселев // Информационные системы и технологии в здравоохранении: Науч. тр. Рос. науч.-практ. конф., 28-29 мая 2003г.-М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2003.-С. 239.
97. Страховое дело в вопросах и ответах. Учебное пособие для студентов экономических вузов и колледжей. Серия "Учебники для вузов и колледжей". Составитель М.И.Басаков. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
98. Таранов А.М. Центральная проблема ОМС – неисполнение обязательств регионов// Медицинское обозрение. - 2002. - №13.
99. Телюков А.В. Интегрированная система учета и анализа затрат на оказание больничной помощи. /Технический отчет/. М.: Здравреформ, 1996.
100. Трешутин В.А Социально-гигиеническое обоснование мониторинговой системы управления здоровьем населения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Трешутин.-М., 2000.-47 с.
101. Финченко Е.А. Информационное обеспечение управления системой охраны здоровья населения на территориальном уровне: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.А. Финченко.-М., 1996.-49 с.
102. Четыркин Е. Медицинское страхование на Западе и в России //Мировая экономика и международные отношения. - 2000. - №12.
103. Шихов А.К. Страхование: Учебное пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2005.
104. Шишкин С.В. Пути реформирования систем социального и обязательного медицинского страхования. - М.: ИЭПП, 2003.
105. Шишкин С.В. Формальные и неформальные правила оплаты медицинской помощи. Доклад для обсуждения на заседании Ученого

- Совета Института экономики переходного периода, 2003.
106. Шишкин С.В., Чернец В.А., Чирикова А.Е. Политико-экономический анализ трансформации механизмов финансирования здравоохранения и образования. - М.: ИЭПП, 2003.
 107. Шишкин С.В., Гудков А.А., Попович Л.Д. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. - М.: ИЭПП, 2004.
 108. Шишкин С.В., Попович Л.Д., Потапчик Е.Г., Сурков С.В. Анализ возможностей создания системы добровольного медико-социального страхования. - М.: ИЭПП, 2003.
 109. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Салахутдинова С.К. Анализ эффективности бюджетного финансирования федеральных учреждений здравоохранения. - М.: ИЭПП, 2001.
 110. Юрченко Л.А. Медицинское страхование как фактор социальной стабильности. // Финансы. - 1994. - № 12. - С. 53-55.
 111. Юрченко Л.А. Проблемы финансирования медицинского страхования. // Финансы. - 1994. - № 2. - С. 49-55.
 112. An Introduction to Health Economics (ed.by Sophie Witter and Tim Ensor). — Chichester: Wiley, 1997.
 113. Arrow K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. — American Economic Review 63, 1963. P. 941–73.
 114. Bell D. The Coming of Post-Industrial Society. A Venture of Social Forecasting. — N.Y.: Basic Books. 1999. P. 80, 115.
 115. Culter D.M. The Dynamics of International Medical-Care. Reform Review of Easterly,s. The Elusive Quest for Growth. — The Journal of Economic Literature Vol. XL № 3, Cambridge University Press, Sept., 2002.
 116. Cutler D.M. The Dynamics of International Medical-Care. Reform Review of Easterly's The Elusive Quest for Growth. — The Journal of

- Economic Literature. Vol. XL. № 3, Cambridge University Press, Sept., 2002. P. 890–891.
117. Cutler D.M. The Dynamics of International Medical-Care. Reform Review of Easterly's The Elusive Quest for Growth. – The Journal of Economic Literature. Vol. XL. № 3. Sept, 2002. P. 898.
118. Diamond P. The Future of Social Security. – WEL Working Paper 95–031.
119. Donelan K., Blendon K.R., Schoen C., David K., Binns K. The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations // Health affairs 18:3. P. 206–216.
120. Drummond M., Maynard A., eds. Purchasing and providing cost-effective health care. London: Churchill Livingstone, 1993.
121. Drummond M.F., Stoddart G.L., Torrance G.W. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford: Oxford University Press, 1995.
122. Jones C.I. Why Have Health Expenditures as a Share of GDR risen so much? – NBER Working Paper 9325.
123. Kuznets S. Modern Economic Growth. Rate, Structure and Spread. – New Haven-London: Yale University Press, 1966. P. 46.
124. Maddison A. The World Economy: A Millennial Perspective. – OECD, 2001. P. 34.
125. Newhouse J.P. Medical Care Costs: How Much Welfare Loss? // Journal of Economic Perspectives, 6 (3), Summer 1992. P. 3–21, 49
126. Poterba, J.M and Summers, L.H. Public Policy Implications if Declining Old-Age Mortality. (In Burtless G. Work, Health and Income among the Elderly). – Washington D.C.: The Brookings Institution, 1987. P. 42.
127. Reforming Health Care: Uphill All the Way // Economist, February 1st – 7th, 2003.

128. Russian Federation: Support to Public Health Management. Moscow: TEIS, 2001.
129. <http://mednet.ru/>
130. <http://newhouse.ru/medicine/guarantee/must.html>
131. <http://rels.obninsk.com/>
132. http://www.conseco.ru/rus/abc/tax/bdy_tax/html
133. <http://www.edeyvada.ru>
134. <http://www.eko.ru/0003/art1/502003art1-2.html>
135. <http://www.finansy.ru>
136. <http://www.gks.ru>
137. <http://www.gms.astranet.ru/oms.htm>
138. <http://www.healthreform.ru/>
139. <http://www.iet.ru>
140. <http://www.iet.ru/>
141. <http://www.library.by>
142. <http://www.medmedia.ru/insuarance>
143. <http://www.medvestnik.ru>
144. <http://www.minfin.ru>
145. <http://www.mzsrrf.ru/>
146. <http://www.nalog.ru>
147. <http://www.rosmedstrah.ru>
148. <http://www.socpol.ru/>
149. http://www.tacishf.mednet.ru/ReviewsR2_1_22.htm
150. http://www-koi.ic.sci-nnov.ru/rus/bis_nm/bussines/otchet/text/1018.txt
151. <http://zdravinform.ru/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Расходы МУЗ ГKB №8 по отделениям в рамках ОМС (глобальный бюджет)

№ п/п	Наименование отделения	Расходы на заработную плату тыс. руб.	Начислена зарплата, тыс. руб.	Расходы на питание, тыс. руб.	Расходы на медикаменты тыс. руб.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря, тыс. руб.	Всего расходов, тыс. руб.	План к/дней из муниципального заказа, к/дни	Стоимость пребывания 1 к/дня в отделении, рублей
1	Урологическое отделение	2862	749,8	333	3842	59	7845,8	12540	625,6
2	Неврологическое отделение	4355	1141	342	5327	61	11226	12870	872
3	Отделение гнойной гинекологии	5861	1535,6	580	8727,8	104	16808,4	22110	760,2
4	Эндокринологическое отделение	1191	312	242	2567,4	44	4356,4	9378	464,5
5	Кардиологическое отделение	2406	630,4	338	2553,7	60	5988,1	12738	470,1
6	Терапевтическое отделение	2276	596,3	284	3635	61	6852,3	12820	534,5
	Итого по стационару	18951	4965,1	2119	26652,9	389	53077	82456	643,7

Приложение 2

Стоимость лечения по отделениям в разрезе нозологий

№ п/п	Наименование нозологии	Количество долеченных больных, чел	Стоимость лечения больного
Неврологическое отделение			
1	Ишемический инсульт	211	23331
2	Геморрагический инсульт	35	25416
3	Последствия ОНМК и ДЭ	215	14000
4	Заболевания вегетативной нервной системы, неврозы	20	8526
5	Заболевания периферической нервной системы, вертеброгенные заболевания	193	9156
6	Эпистатус, эпилепсия	29	11772
7	Острая травма, посттравматические заболевания	100	14760
8	Неврологический синдром алкоголизма	43	10494
9	Наследственные демиелинизирующие заболевания	57	10386
10	Прочие	19	8078
	Итого по нозологиям	846	
Терапевтическое отделение			
1	Язвенная болезнь желудка	31	6934
2	Язвенная болезнь 12 перс кишки	84	3964
3	Хронический панкреатит	112	8675
4	Алкогольный гепатит	9	7773
5	Цирроз печени	37	7190
6	Бронхиальная астма ср. ст. тяжести	30	8061
7	Бронхиальная астма тяжелой степени	41	10558
8	ХОБ тяжелой степени	59	11174
9	ХОБ сред ст-ни тяж-ти	56	9182
10	Пневмония ср. тяж. течен.	212	12633
11	Пневмония абсцедирующая	6	31505
12	ОА	14	5973

13	ЖДА тяж степ	5	5602
14	ЖДА сред степ	28	5395
15	Новообразования	10	7756
16	Хронический активн. гепатит	3	4559
17	Гипертоническая болезнь	68	5914
18	Хр.гломерулонефрит	9	4893
19	Прочие	18	5174
	Итого по нозологиям	832	
Кардиологическое отделение			
1	Гипертоническая болезнь	288	5893
2	Злокачественная гипертензия	4	7828
3	Нарушения ритма ИИГ	101	9468
4	Стенокардия напряжения 3, 4 функ. класс.	73	6355
5	Впервые возникшая и прогрессирующая стенокардия	176	8728
6	Инфаркт миокарда	130	12688
7	ХРБС	34	6022
8	Миокардит	5	6891
9	Кардиомиопатия	29	7686
10	Сердечная недостаточность	40	9432
11	Спонтанная стенокардия		
12	Прочие	18	5270
	Итого	898	
Эндокринологическое отделение			
1	Гипотиреоз	67	3745
2	Тиреотоксикоз ДТЗ	102	4651
3	Сахарный диабет 1 типа	68	8432
4	Сахарный диабет 2 типа	398	8078
5	Несахарный диабет	3	6661
6	Гипоталамический синдром	132	3594

7	Подострый тиреоидит	20	3842
8	Хроническая недостаточность надпочечников	17	5783
9	Прочие	19	3842
	Итого по нозологиям	826	
Урологическое отделение			
1	Мочекаменная болезнь	100	8180
2	Пиелонефрит острый, обострение хронического п/н у беременных	320	7403
3	Острый цистит, обострение хрон. цистита, острый геморрагический цистит	69	6952
4	Стриктура, облитерация уретры	41	11806
5	Варикоцеле	75	6734
6	МКБ камень мочеточника, почки, мочевого пузыря (опер.леч.)	98	9053
7	Опухоль почки, опухоль мочевого пузыря	70	8877
8	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, склероз шейки мочевого пузыря	203	8784
9	Пузырно-влагалищный свищ	3	12041
10	Воспалит заболев предстательной железы	18	6724
11	Гломерулонефрит	68	6847
12	Прочие	6	6358
	Итого по нозологиям	1071	
Отделение гнойной гинекологии			
1	Воспалительные заболевания придатков матки	170	9494
2	Внематочная беременность	58	7288
3	Миома матки неопериров.	93	2993
4	Миома матки опериров.	36	9079
5	Аборт по мед. и соц. Показаниям до 22 недель	9	4593
6	Дисфункц. маточн. кровотеч., гиперплазия, эндометрия, полип эндометр., полип т/матки, злокачествен. новообразования	166	4106
7	Криминальный инфицированный аборт, септический шок, о. ДВС-синдром	149	34054
8	Криминальный инфицированный аборт в сроке 18-19 нед., трихоманоз постгеморрагический, хр. железодефицитная анемия 2 ст.	150	12473

9	Неразвивающаяся беременность в сроке 16 недель	81	6642
10	Начавшийся аборт (сохранение)	306	5901
11	Самопроизвольный аборт	569	3657
12	Угрожающий с/выкидыш, начавшийся с/выкидыш	1230	8620
13	Гнойная опухоль придатков	52	13648
14	Прочие	26	4721
	Итого по нозологиям	3095	

Стоимость лечения по отделениям в разрезе нозологии
НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

№ п/п	Наименование нозологии	Количество пролеченных больных, чел	Стоимость лечения 1 больного	к/дни муниц. заказа	койко-дни по отчету 2004г	% удельн. веса по отчету	дни по нозологии	стоим к/дня
1	Ишемический инсульт	211	23331	3225	3303,0	25,1	21	1111
2	Геморрагический инсульт	35	25416	455	466,0	3,5	24^	1059
3	Последствия ОИМК и ДЭ	215	14000	3056	3130,0	23,7	14	1000
4	Заболевания вегетативной нервной системы, неврозы	20	8526	103	105,0	0,8	14	609
5	Заболевания периферической нервной системы, вертеброгенные заболевания	193	9156	2909	2980,0	22,6	14	654
6	Эпистатус, эпилепсия	29	11772	318	326,0	2,5	18	654
7	Острая травма посттравматич. заболевания	100	14760	1283	1314,0	10,0	18	820
8	Неврологический синдром алкоголизма	43	10494	605	620,0	4,7	18	583
9	Наследственные демиелинизирующие заболевания	57	10386	720	737	5,6	18	577
10	Прочие	19	8078	196	201	1,5	14	577
	Итого по нозологиям	846		12870,0	13182,0	100,0		872

Расчет стоимости койко-дня в стационаре ГКБ № 8 по нозологическим формам в неврологическом отделении (40 коек)

№ п/п	Наименование нозологии	Расходы на заработную плату тыс. руб.	Начисления на зарплата тыс. руб.	Расходы на питание тыс. руб.	Расходы на медикаменты тыс. руб.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря тыс. руб.	Всего расходов тыс. руб.	Прогноз к/дней из муниципального заказа к/дни	Медикаменты на 1 к/день по нозологии и, включая параклинику	Стоимость пребывания 1 к/дня по нозологии рублей
1	Ишемический инсульт	1091	285,9	85,7	2103,7	15	3582	3225	652,3	1111
2	Геморрагический инсульт	154	40,3	12,1	273,2	2	482	455	600,4	1059
3	Последствия ОНМК и ДЭ	1034	270,9	81,2	1656,7	14	3057	3056	542,1	1000
4	Заболевания вегетативной нервной системы, неврозы	35	9,1	2,7	15,6	0	63	103	151,0	609
5	Заболевания периферической нервной системы, вертеброгенные заболевания	985	258,0	77,3	568,0	14	1902	2910	195,2	654
6	Эпистатус, эпилепсия	108	28,3	8,5	62,5	2	209	319	196,0	654
7	Острая травма, посттравматич. заболевания	434	113,7	34,1	464,0	6	1052	1282	361,9	820
8	Неврологический синдром алкоголизма	205	53,6	16,1	75,1	3	352	605	124,2	583
9	Наследственные демиелинизирующие заболевания	243,6	63,8	19	85,2	3	415	720	118,4	577
10	Прочие	66,0	17,3	5	23,1	1	112	195	118,4	577
	Итого по нозологиям	4355,0	1141,0	342,0	5327,0	6161	11226,1	12870	413,9	872

Стоимость расходов на медикаменты в расчете на 1 койко-день по нозологиям неврологического отделения МУЗ ГКБ № 8 с учетом индекса роста цен на медикаменты 1,3. рублей

№ п/п	Наименование нозологии	Медикам на 1 к/день по нозологии включая параклинику	Медикаменты на 1 к/день по нозологии с учетом индекса роста цен 1,3
-------	------------------------	--	---

1	Ишемический инсульт	501,79	652,3
2	Геморрагический инсульт	461,83	600,4
3	Последствия ОНМК и ДЭ	417	542,1
4	Заболевания вегетативной нервной системы, неврозы	116,13	151,0
5	Заболевания периферической нервной системы, вертеброгенные заболевания	150,17	195,2
6	Эпистатус, эпилепсия	150,77	196,0
7	Острая травма посттравматич. заболевания	278,35	361,9
8	Неврологический синдром алкоголизма	95,51	124,2
9	Наследственные демиелинизирующие заболевания	91,09	118,4
10	Прочие	91,09	118,4
	Итого по нозологиям	318	413,4

КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

№ ПИГ	Наименование нозологии	Количество пролеченных больных, чел	Стоимость лечения 1 больного	к/дни муниципально	Койко-дни по отчету 2004г	% удельного веса по отчету	дни по нозологии	стоим к/дня
1	Гипертоническая болезнь	288	5893	3974	4085	0,312	16	368,3
2	Злокачественная гипертензия	4	7828	58	60	0,005	20	391,4
3	Нарушения ритма ПИГ	101	9468	1334	1371	0,105	14	676,3
4	Стенокардия напряжения 3,4 функ.класс.	73	6355	1009	1037	0,079	17	373,8
5	Впервые возникшая и прогрессирующая стенокардия	176	8728	2804	2883	0,220	17	513,4

6	Инфаркт миокарда	130	12688	1904	1957	0,149	25	507,5
7	ХРБС	34	6022	478	491	0,037	16	376,4
8	Миокардит	5	6891	81	83	0,006	16	430,7
9	Кардиомиопатия	29	7686	384	395	0,030	17	452,1
10	Сердечная недостаточность	40	9432	538	553	0,042	14	673,7
11	Спонтанная стенокардия						17	451
12	Прочие	18	5270	175	180	0,014	14	376,4
	Итого	898		12738	13095	1		470,1

Расчет стоимости койко - дня в стационаре ГКБ № 8 по нозологическим формам в Кардиологическом отделении (40 коек)

№ п/п	Наименование нозологии	Расходы на заработную плату, тыс. руб.	Начисле на зарплата, тыс. руб.	Расходы на питание тыс. руб.	Расходы на медикаменты тыс. руб.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря тыс. руб.	Всего расходов тыс. руб.	Прогноз к/дней из муниципального заказа к/дни	Медикам на 1 к/день по нозологии, включая параклинику	Стоимость пребывания 1 к/дня по нозологии рублей
1	Гипертоническая болезнь, Гипертонический криз	751	196,7	105,4	392,2	18,7	1463,7	3974	98,7	368,3
2	Злокачественная гипертензия	11	2,9	1,5	7,1	0,3	22,7	58	121,8	391,4
3	Нарушения ритма ПИТ	252	66,0	35,4	542,5	6,3	902,2	1334	406,7	676,3
4	Стенокардия напряжения 3,4 функ.класс.	191	49,9	26,8	105,1	4,8	377,2	1009	104,2	373,8
5	Впервые возникшая и прогрессирующая стенокардия	530	138,8	74,4	683,6	13,2	1439,6	2804	243,8	513,4
6	Инфаркт миокарда	360	94,2	50,5	453,0	9,0	966,3	1904	237,9	507,5
7	ХРБС	90	23,6	12,7	50,9	2,2	179,6	477	106,8	376,4
8	Миокардит	15	4,0	2,1	13,0	0,4	34,9	81	161,1	430,7
9	Кардиомиопатия	73	19,0	10,2	70,1	1,8	173,6	384	182,5	452,1
10	Сердечная недостаточность	102	26,6	14,3	217,4	2,5	362,5	538	404,1	673,7
11	Спонтанная стенокардия	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		235,6	451,0
12	Прочие	33	8,7	4,6	18,7	0,8	65,9	175	106,8	376,4
	Итого по отделению	2406	630,4	338	2553,7	60	5988,1	12738	200,5	470,1

Стоимость расходов на медикаменты в расчете на 1 койкодень по нозологиям кардиологического отделения МУЗ ГКБ № 8 с учетом индекса роста цен на медикаменты 1,3, рублей

№п/п	Наименование нозологии	Медикам на 1 к/день по нозологии включая параклинику	Медикаменты на 1 к/день по нозологии с учетом индекса роста цен 1,3
1	Гипертоническая болезнь, Гипертонический криз	75,96	98,7

2	Злокачественная гипертензия	93,68	121,8
3	Нарушения ритма ПИТ	312,82	406,7
4	Стенокардия напряжения 3,4 функ.класс.	80,14	104,2
5	Впервые возникшая и прогрессирующая стенокардия	187,55	243,8
6	Инфаркт миокарда	182,97	237,9
7	ХРБС	82,16	106,8
8	Миокардит	123,96	161,1
9	Кардиомиопатия	140,41	182,5
10	Сердечная недостаточность	310,87	404,1
11	Спонтанная стенокардия	181,24	235,6
12	Прочие	82,16	106,8
	Итого по отделению	154,2	200,5

УРОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

№ п/п	Наименование нозологии	Количество пролеченных больных чел	Стоимость лечения 1 больного	к/дни муниципальному заказу	Койко-дни по отчету 2004 г	% удельного веса по отчету	дни по нозологии	стоим к/дня
1	Мочекаменная болезнь	100	8180	1153	1364,0	0,092	13	629,2
2	Пиелонефрит острый, обострение хронического п/н у беременных	320	7403	3534	4182,0	0,282	10	740,3
3	Острый цистит, обострение хрон. цистита, острый геморрагический цистит	69	6952	827	978,0	0,066	10	695,2
4	Стриктура, облитерация уретры	41	11806	586	693,0	0,047	21	562,2
5	Варикоцеле	75	6734	759	898,0	0,061	16	420,9
6	МКБ камень мочеточника, почки, мочев.пузыря(опер.леч.)	98	9053	1092	1292,0	0,087	13	696,4
7	Опухоль почки, опухоль мочев. пузыря	70	8877	701	830	0,056	14	634,1
8	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, склероз шейки моч.пузыря	203	8784	2588	3062	0,206	16	549
9	Пузырно-влагалищный свищ	3	12041	44	52	0,004	21	573,4
10	Воспалит заболел предстат жел	18	6724	210	249	0,017	12	560,3
11	Гломерулонефрит	68	6847	997	1180	0,080	14	489,1
12	прочие	6	6358	49	58	0,004	13	489,1
	Итого по нозологиям	1071		12540,0	14838,0	1,0		625,6

Расчет стоимости койко - дня в стационаре ГКБ № 3 по нозологическим формам в урологическом отделении (40 коек)

№ п/п	Наименование нозологии	Расходы на заработную плату тыс. руб.	Начисления на зарплату, тыс. руб.	Расходы на питание тыс. руб.	Расходы на медикаменты тыс. руб.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря тыс. руб.	Всего расходов тыс. руб.	Прогноз к/дней из муниципального заказа к/дни	Медикам на 1 к/день по нозологии, включая параклинику	Стоимость пребывания 1 к/дня по нозологии рублей
1	Мочкаменная болезнь	263	68,9	31	357	5,4	725,5	1153	309,9	629,2
2	Пиелонефрит острый, обострение хронического п/н у беременных	807	211,3	94	1488	16,6	2616,2	3534	421	740,3
3	Острый цистит, обострение хрон. цистита, острый геморрагический цистит	189	49,5	22	311	3,9	574,9	827	375,9	695,2
4	Стриктура, облитерация уретры	134	35,0	16	142	2,8	329,4	586	242,9	562,2
5	Варикоцеле	173	45,4	20	77	3,6	319,5	759	101,6	420,9
6	МКБ камень мочеточника, почки, мочев.пузыря(опер.леч.)	249	65,3	29	412	5,1	760,5	1092	377,1	696,4
7	Опухоль почки, опухоль мочев. пузыря	160	41,9	19	221	3,3	444,5	701	314,8	634,1
8	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, склероз шейки моч.пузыря	591	154,8	69	594	12,2	1420,8	2588	229,7	549,0
9	Пузырно-влагалищный свищ	10	2,6	1	11	0,2	25,2	44	254,1	573,4
10	Воспалит заболев предстат жел	48	12,6	6	51	1,0	117,7	210	241	560,3
11	Гломерулонефрит	228	59,6	26	169	4,7	487,6	997	169,8	489,1
12	прочие	11	2,9	1,3	8	0,2	24,0	49	169,8	489,1
		2862		333,0		59,0		12540		
	Итого по отделению	2862	749,8	333	3842	59	7845,6	12540	306	625,6

Стоимость расходов на медикаменты в расчете на 1 койкодень по нозологиям урологического отделения МУЗ ГKB № 8 с учетом индекса роста цен на медикаменты 1,3, рублей

№ п/п	Наименование нозологии	Медикам на 1 к/день по нозологии, включая параклинику	Медикаменты на 1 к/день по нозологии с учетом индекса роста цен 1,3
1	Мочекаменная болезнь	238,36	309,9
2	Пиелонефрит острый, обострение хронического п/п у беременных	323,88	421,0
3	Острый цистит, обострение хрон. цистита, острый геморрагический цистит	289,16	375,9
4	Стриктура, облитерация уретры	186,82	242,9
5	Варикоцеле	78,16	101,6
6	МКБ камень мочеточника, почки, мочев.пузыря(опер.леч.)	290,09	377,1
7	Опухоль почки, опухоль мочев. пузыря	242,13	314,8
8	Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, склероз шейки моч.пузыря	176,71	229,7
9	Пузырно-влагалищный свищ	195,46	254,1
10	Воспалит заболев предстат жел	185,35	241,0
11	Гломерулонефрит	130,62	169,8
12	прочие	130,62	169,8
	Итого по отделению	236	306,8

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

№ п/п	Наименование нозологии	Количество пролеченных больных чел	Стоимость лечения 1 больного	к/дни муниципально заказа	Койко-дни по отчету 2004г	% удельного веса по отчету	Койко-дни по нозологии	стоим к/дня
1	Гипотериоз	67	3745	732	792,0	0,078	14	267,5
2	Тиреотоксикоз ДТЗ	102	4651	1223	1324,0	0,130	14	332,2
3	Сахарный диабет 1 типа	68	8432	829	897,0	0,088	14	602,3
4	Сахарный диабет 2 типа	398	8078	4538	4912,0	0,484	14	577
5	Несахарный диабет	3	6661	38	41,0	0,004	14	475,8
6	Гипоталамический синдром	132	3594	1423	1540,0	0,152	12	299,5
7	Подострый тиреоидит	20	3842	203	220,0	0,022	14	274,4
8	Хронич. надпочечников недостаточность	17	5783	212	229,0	0,023	14	413,1
9	Прочие	19	3842	180	195,0	0,019	14	274,4
	Итого по нозологиям	826		9378,0	10150,0	1,0		464,5

Расчет стоимости койко - дня в стационаре ГКБ № 8 по нозологическим формам в эндокринологическом отделении

№ п/п	Наименование нозологии	Расходы на заработную плату тыс. руб.	Начисл. на зарплату, тыс. руб.	Расходы на питание тыс. руб.	Расходы на медикаменты тыс. руб.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря, тыс. руб.	Всего расходов тыс. руб.	Прогноз к/дней из муниципального заказа к/дней	Медикам на 1 к/день по нозологии, включая параклинику	Стоимость пребывания 1 к/дня по нозологии рублей
1	Гипотериоз	93,0	24,4	18,9	56,1	3,4	195,8	732	76,7	267,5
2	Тиреотоксикоз ДТЗ	155,3	40,7	31,6	172,9	5,7	406,2	1223	141,4	332,2
3	Сахарный диабет 1 типа	105,3	27,6	21,4	341,1	3,9	499,3	829	411,5	602,3
4	Сахарный диабет 2 типа	576,3	151,0	117,1	1752,6	21,3	2618,3	4538	386,2	577,0
5	Несахарный диабет	4,6	1,3	1,0	10,8	0,2	18,1	38	285	475,8
6	Гипоталамический синдром	180,7 ¹	47,3	36,7	154,7	6,7	426,1	1423	108,7	299,5
7	Подострый тиреоидит	25,8	6,8	5,2	17,0	1,0	55,7	203	83,6	274,4
8	Хронич надпочечников недостаточность	26,9	7,1	5,5	47,1	1,0	87,6	212	222,3	413,1
	Прочие	22,9	6,0	4,6	15,0	0,8	49,4	180	83,6	274,4
	Итого по отделению	1191	312,0	242	2567,4	44	4356,5	9378	273,0	464,5

Стоимость расходов на медикаменты в расчете на 1 койкодень по нозологиям эндокринологического отделения МУЗ ГКБ № 8 с учетом индекса роста цен на медикаменты 1,3, рублей

№п/п	Наименование нозологии	Медикам на 1 к/день по нозологии, включая параклинику	Медикаменты на 1 к/день по нозологии с учетом индекса роста цен 1,3
1	Гипотериоз	59,0	76,7
2	Тиреотоксикоз ДТЗ	108,8	141,4
3	Сахарный диабет 1 типа	316,5	411,5
4	Сахарный диабет 2 типа	297,1	386,2
5	Несахарный диабет	219,2	285,0
6	Гипоталамический синдром	83,6	108,7
7	Подострый тиреоидит	64,3	83,6
8	Хронич надпочечников недостат-ть	171,0	222,3
	Прочие	64,3	83,6
	Итого по отделению	210,1	273,1

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

М° п/п	Наименование нозологии	Количество пролеченных больных чел	Стоимость лечения 1 больного	к/дни муниципаль ного заказа	Койко-дни по отчету 2004г	% удельного веса по отчету	Койко-дни по нозологрии	стоим к/дня
1	Язвенная болезнь желудка	31	6934	468	475	0,036	20	346,7
2	Язвенная болезнь 12 перс кишки	84	3964	1215	1234	0,095	10	396,4
3	Хронический панкреатит	112	8675	1724	1751	0,134	16	542,2
4	Алкогольный гепатит	9	7773	89	90	0,007	16	485,8
5	Цирроз печени	37	7190	611	621	0,048	16	449,4
6	Бронхиальная астма ср. ст. тяж-ти,	30	8061	398	404	0,031	17	474,2
7	Бронхиальная астма тяж степени,	41	10558	693	704	0,054	20	527,9
8	ХОБ тяжелой ст	59	11174	1111	1129	0,087	20	558,7
9	ХОБ сред ст-ни тяж-ти	56	9182	712	723	0,056	20	459,1
10	Пневмония ср. тяж течен	212	12633	3298	3350	0,257	17	743,1
11	Пневмония абсцедирующая	6	31505	101	103	0,008	45	700,1
12	ОА,	14	5973	249	253	0,019	16	373,3
13	ЖДА тяж степ	5	5602	95	97	0,007	16	350,1
14	ЖДА сред степ	28	5395	492	500	0,038	16	337,2
15	Новообразования	10	7756	147	149	0,011	10	775,6
16	Хронический активн гепатит	3	4559	49	50	0,004	10	455,9
17	Гипертоническая болезнь	68	5914	1048	1065	0,082	16	369,6
18	Хр.гломерулонефрит	9	4893	91	92	0,007	14	349,5
19	Прочие	18	5174	230	234	0,018	14	369,6
	Итого по нозологиям	832		12820,0	13024,0	1,0		534,5

Расчет стоимости койко - дня в стационаре ГKB № 8 по нозологическим формам в терапевтическом отделении

№ п/п	Наименование нозологии	Расходы на заработную плату тыс. руб.	Начисления на зарплату, тыс. руб.	Расходы на питание, тыс. руб.	Расходы на медикаменты тыс. руб.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря тыс. руб.	Всего расходов в тыс. руб.	Прогноз к/дней из муниципального заказа к/дней	Медикаменты на 1 к/день по нозологии, включая параклинику	Стоимость пребывания 1 к/дня по нозологии рублей
1	Язвенная болезнь желудка	83	21,8	10,4	45	2,2	162,2	468	95,7	346,7
2	Язвенная болезнь 12 перстной кишки	216	56,5	26,9	177	5,8	481,6	1215	145,4	396,4
3	Хронический панкреатит	306	80,2	38,2	502	8,2	934,7	1724	291,2	542,2
4	Алкогольный гепатит	16	4,1	2,0	21	0,4	43,2	89	234,8	485,8
5	Цирроз печени	108	28,4	13,5	121	2,9	274,6	611	198,4	449,4
6	Бронхиальная астма ср. ст. тяж-ти,	71	18,5	8,8	89	1,9	188,7	398	223,2	474,2
7	Бронх астма тяжелой степени	123	32,2	15,4	192	3,3	365,8	693	276,9	527,9
8	ХОБ тяжелой ст	197	51,7	24,6	342	5,3	620,7	1111	307,7	558,7
9	ХОБ сред ст-ни тяж-ти	126	33,1	15,8	148	3,4	327,1	712	208,4	459,4
10	Пневмония ср. тяж. течения	586	153,4	73,1	1623	15,7	2450,6	3298	492,1	743,1
11	Пневмония абсцедирующая	18	4,7	2,2	45	0,5	70,7	101	449,1	700,1
12	ОЛ,	44	11,6	5,5	30	1,2	92,9	249	122,3	373,3
13	ЖДА тяж степ	17	4,4	2,1	9	0,5	33,3	95	99,1	350,1
14	ЖДА сред степ	87	22,9	10,9	42	2,3	165,9	492	86,2	337,2
15	Новообразования	26	6,8	3,3	77	0,7	114,0	147	524,6	775,6
16	Хронический активн гепатит	9	2,3	1,1	10	0,2	22,3	49	204,9	455,9
17	Гипертоническая болезнь	186	48,7	23,2	124	5,0	386,9	1047	118,6	369,6
18	Хр.гломерулонефрит	16	4,2	2,0	9	0,4	31,8	91	98,5	349,5
19	Прочие	41	10,7	5,1	27	1,1	85,0	230	118,6	369,6
		2276		284,0		61		12820		
	Итого по отделению	2276	596,3	284	3635	61	6852,0	12820	283	534,5

Стоимость расходов на медикаменты в расчете на 1 койкодень по нозологиям терапевтического отделения МУЗ ГКБ № 8 с учетом индекса роста цен на медикаменты 1,3, рублей

№ п/п	Наименование нозологии	Медикам на 1 к/день по нозологии включая параклинику	Медикаменты на 1 к/день по нозологии с учетом индекса роста цен 1,3
1	Язвенная болезнь желудка	73,6	95,7
2	Язвенная болезнь 12 перстной кишки	111,8	145,4
3	Хронический панкреатит	224,0	291,2
4	Алкогольный гепатит	180,6	234,8
5	Цирроз печени	152,7	198,4
6	Бронхиальная астма ср. ст. тяж-ти,	171,7	223,2
7	Бронх астма тяжелой степени	213,0	276,9
8	ХОБ тяжелой ст	236,7	307,7
9	ХОБ сред ст-ни тяж-ти	160,3	208,4
10	Пневмония ср. тяжтечен	378,6	492,1
11	Пневмония абсцедирующая	345,5	449,1
12	ОА	94,1	122,3
13	ЖДА тяж степ	76,2	99,1
14	ЖДА сред степ	66,3	86,2
15	Новообразования	403,6	524,6
16	Хронический активы гепатит	157,7	204,9
17	Гипертоническая болезнь	91,2	118,6
18	Хр.гломерулонефрит	75,8	98,5
19	Прочие	91,2	118,6
	Итого по отделению	218	283,4

ОТДЕЛЕНИЕ ГНОЙНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

№ п/п	Наименование нозологии	Количество пролеченных больных чел	Стоимость лечения 1 больного	к/дни муниципальному заказу	Койко-дни по отчету 2004г	% удельного веса по отчету	дни по нозологии	стоим к/дня
1	Воспалительные заболевания придатков матки	170	9494	1363	1363,0	0,062	12	791,2
2	Внематочная беременность	58	7288	366	366,0	0,017	10	728,8
3	Миома матки неопериров.	93	2993	504	504,0	0,023	5	598,6
4	Миома матки опериров.	36	9079	195	195,0	0,009	10	907,9
5	Аборт по мед.и соц. Показаниям до 22 недель	9	4593	58	58,0	0,003	6	765,5
6	Дисфункц. маточн. кровотеч. гиперплазия,эндометрия, полип эндометр.полип т/матки, злокачествен.новообразования	166	4106	621	621,0	0,028	6	684,3
7	Криминальный инфицированный аборт, септический шок, о.ДВС-синдром	149	34054	895	895	0,040	14	2432,4
8	Криминальный инфицированный аборт в сроке 18-19 нед. трихоманоз постгеморрагический, хр,железодефицитная анемия 2 ст.	150	12473	882	882	0,040	9	1385,9
9	Неразвивающаяся беременность в сроке 16 недель	81	6642	573	573,0	0,026	10	664,2
10	Начавшийся аборт(сохранение)	306	5901	2348	2348	0,106	10	590,1
11	Самопроизвольный аборт	569	3657	3243	3243	0,147	5	731,3
12	Угрожающий с/выкидыш, начавшийся с/выкидыш	1230	8620	10672	10673	0,483	14	615,7
13	Гнойная опухоль придатков	52	13648	325	325	0,015	12	1137,3
14	Прочие	26	4721	67	67	0,003	8	590,1
	Итого по нозологиям	3095		22110,0	22113,0	1,0		760,2

	начавшийся									
	с/выкидыш	2828	741,1	279,9	2669,6	50,2	6569,2	10670	250,2	615,7
13	Гнойная опухоль придатков	86	22,6	8,5	250,8	1,5	369,6	325	771,8	1137,3
14	Прочие	18	4,7	1,8	15,0	0,3	39,5	67	224,6	590,1
	Итого по отделению	5861	1535,6	580	8727,8	104	16808,4	22110	394,7	760,2

Стоимость расходов на медикаменты в расчете на 1 койко-день по нозологиям отделения гнойной гинекологии МУЗ ГКБ № 8 с учетом индекса роста цен на медикаменты 1,3, рублей

№ п/п	Наименование нозологии	Медикам на 1 к/день по нозологии, включая параклинику	Медикаменты на 1 к/день по нозологии с учетом индекса роста цен 1,3
1	Воспалительные заболевания придатков матки	327,49	425,7
2	Внематочная беременность	279,43	363,3
3	Миома матки неопериров.	179,31	233,1
4	Миома матки опериров.	417,21	542,4
5	Аборт по мед. и соц. Показаниям до 22 недель	307,69	400,0
6	Дисфункц.маточн.хр.отеч. гиперплазия, эндометрия, полип эндометр., полип т/матки, злокачествен.новообразования		
7	Криминальный инфицированный аборт, септический шок, о.ДВС-синдром	245,24 1589,93	318,812 2066,9
8	Криминальный инфицированный аборт в сроке 18-19 нед. трихоманоз постгеморрагический, хр.железодефицитная анемия 2 ст.	784,96	1020,4
9	Неразвивающаяся беременность в сроке 16 недель	229,80	298,7
10	Начавшийся аборт (сохранение)	172,78	224,6
11	Самопроизвольный аборт	281,38	365,8
12	Угрожающий с/выкидыш. начавшийся с/выкидыш	192,45	250,2
13	Гнойная опухоль придатков	593,73	771,8
14	Прочие	172,78	224,6
	Итого по отделению	303,60	394,7

Приложение 4

Вспомогательные таблицы для расчетов по глобальному бюджету

1. Таблица распределения фонда оплаты труда стационара

по отделениям с учетом приходящейся на них доли ФОТ параклиники и прочего хоз. административного персонала согласно сметы 2004 года с учетом роста з/платы в 1,2 раза с 1.01.2005 г.

	Наименование отд-ий	ФОТ по тарификации тыс. руб.	ФОТ по тарификации тыс. руб.	Распределение ФОТ паракл. служб м/у основными отделами	ФОТ с учетом параклиник и	ФОТ с учетом дополн. з/пл	ФОТ с учетом инд роста в 1,2 раза
	1	2	3	4	5	6	7
1	Терапевтическое отд-е	676,6		816,7	1493	1896	2276
2	Неврологическое отд-е	1294,8		1562,8	2858	3629	4355
3	Кардиологическое отд-е	715,2		863,2	1578	2005	2406
4	Урологическое отд-е	850,8		1026,9	1878	2385	2862
5	Отд-е гнойной гинекологии	1743,6		2104,5	3846	4884	5861
6	Эндокринологическое отд-е	354		427,3	781	992	1191
7	Итого по основным отд-ям	5635		6801,4	12434	15792	1895/
8	Параклиника и вспом. службы :						
9	Приемное отд-е		780				
10	Рентген кабинет		158,4				
11	Отдел-е реанимации		1360,8				
12	Клинико диагност лабор-я		976,8				
13	Отд-е функцион диагностики		644,4				
14	Физиокабинет		430,8				
15	Пищеблок-столовая		614,4				
16	Водители (50%)		179,4				
17	АХП стационара		609,6				
18	Администрация (50%)		1045,2				
19	Итого по основным отд-ям		6799,8				

Графа 4 = стр19гр3/стр7гр2*на соответствующую строку, т.е. ФОТ вспомогательных служб распределяем пропорционально к ФОТ основных отделений.

$$6799,8/5635=1,207$$

ФОТ стационара по своду тарификац-х списков отделений = 13659 тр

ФОТ стационара с учетом дополнительной з/платы = 17414 тр

$$\text{Козффициент } 17414/13659=1,27$$

Графа 5 = гр2+гр 4

Графа 6 = гр 5 *1,27 -ФОТ с учетом дополн з/платы

Графа 7=гр 6*1,2-увеличение з/платы с 1.01.2005

Расчет ФОТ приходящийся на 1 койко-день в отделениях

		ФОТ с учетом инд. роста в 1,2 раза	Муниципальн ый заказ к/дни	ФОТ приходящийся на 1 к/день, руб
1	Терапевтическое отд-е	2276	12820	
2	Неврологическое отд-е	4355	12870	338
3	Кардиологическое отд-е	2406	12738	189
4	Урологическое отд-е	2862	12540	228
5	Отд-е гнойной гинекологии	5861	22110	265
6	Эндокринологическое отд-е	1191	9378	127
7	Итого по основным отд-ям	18951	82456	230

Расчеты произведены согласно муниципального заказа на 2005 год

Расчет стоимости питания больных по отделениям

Стоимость питания рассчитана согласно утвержденного среднесуточного набора продуктов на 1 койко-день, 1 койко-день дневного пребывания-45% от стоимости питания круглосуточного койко-дня.

(Расчет прилагается)

Стоимость питания за 1 к/день круглосуточного пребывания 28,6

Стоимость питания за 1 к/день дневного пребывания 12,8

	Муниц заказ круглое к/дни	Муниц заказ к/дни днев стац	Стоим. питания круглосут.,	Стоим, питания	Стоимость питания

				тыс.руб.	дней коек, тыс.руб.	всего, тыс.руб.
1	Терапевтическое отд-е	9520	3300	272	42	284
2	Неврологическое отд-е	11220	1650	321	21	342
3	Кардиологическое отд-е	11088	1650	317	21	338
4	Урологическое отд-е	10890	1650	311	21	333
5	Отд-е гнойной гинекологии	18810	3300	538	42	580
6	Эндокринологическое отд-е	7728	1650	221	21	242
7	Итого по основным отд-ям	69256	13200	1981	169	2119

4 Расчет расходов на приобретение мягкого инвентаря по отделениям
Расходы на приобретение мягкого инвентаря на 1 к/день 4,72 рубля

		Муниц заказ по к/дням	Расходы на мягк. инвен. по отделению, т.р.
1	Терапевтическое отд-е	12820	61
2	Неврологическое отд-е	12870	61
3	Кардиологическое отд-е	12738	60
4	Урологическое отд-е	12540	59
5	Отд-е гнойной гинекологии	22110	104
6	Эндокринологическое отд-е	9378	44
7	Итого по основным отд-ям	82456	389

По отчету за 1 квартал 2005 года стационаром по реестрам заработано 8176 тыс. руб.
больными проведено всего за квартал 25832 к/дней.

Согласно рекомендуемой структуры тарифа на 2005 год 1,5% от заработанных
средств можно направить на приобретение мягкого инвентаря или 122 тыс. руб.

В пересчете на один койко-день расходы на приобретение мягкого инвентаря - 4,72рубля

Приложение 5

**Динамика коэффициентов социальной эффективности и качества
медицинской помощи МУЗ ГKB №8**

	2001	2002	2003	2004	2005	Проект
По ГKB						
Коэффициент медицинской результативности	0,971	0,907	0,960	0,948	0,944	0,992
Коэффициент эффективности диагностической работы	2,721	2,190	2,598	2,406	2,519	3,090
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	23,157	15,427	20,186	18,462	19,486	29,824
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	0,033	0,076	0,044	0,052	0,043	0,010
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,957	0,854	0,921	0,920	0,918	0,991
в т.ч. по отделениям						
Урологическое						
Коэффициент медицинской результативности	0,993	0,944	0,962	0,938	0,948	1,000
Коэффициент эффективности диагностической работы	1,436	1,165	1,308	1,187	1,414	1,782
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	16,457	13,313	16,322	15,358	15,332	21,780
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	0,030	0,076	0,045	0,052	0,039	0,011
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,963	0,782	0,906	0,876	0,890	0,989
Неврологическое						
Коэффициент медицинской результативности	0,975	0,893	0,962	0,941	0,962	1,000
Коэффициент эффективности диагностической работы	1,775	1,385	1,605	1,553	1,584	1,727
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	20,020	14,940	17,400	15,960	16,530	24,750
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	0,036	0,071	0,057	0,065	0,046	0,011
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,987	0,881	0,940	0,930	0,973	1,000
Отделение гнойной гинекологии						
Коэффициент медицинской результативности	0,978	0,936	0,971	0,954	0,956	0,994
Коэффициент эффективности диагностической работы	2,892	2,543	2,709	2,742	2,748	3,297
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	28,830	19,360	25,200	24,840	26,390	37,620
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	0,023	0,057	0,031	0,037	0,034	0,006
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,969	0,903	0,946	0,945	0,938	0,994
Эндокринологическое						
Коэффициент медицинской результативности		0,866	0,964	0,947	0,928	0,989

Коэффициент эффективности диагностической работы		2,664	3,453	2,623	2,888	3,505
Коэффициент эффективности лечебной деятельности		12,450	16,910	14,620	15,660	25,740
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства		0,104	0,032	0,045	0,031	0,011
Коэффициент социальной удовлетворенности		0,848	0,900	0,914	0,897	0,978
Кардиологическое						
Коэффициент медицинской результативности	0,946	0,839	0,911	0,939	0,955	0,989
Коэффициент эффективности диагностической работы	3,804	2,755	3,247	3,188	3,345	3,980
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	16,380	12,300	16,720	15,300	15,480	23,760
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	0,050	0,091	0,068	0,065	0,058	0,011
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,934	0,816	0,899	0,917	0,955	1,000
Терапевтическое						
Коэффициент медицинской результативности	0,939	0,863	0,964	0,957	0,891	0,978
Коэффициент эффективности диагностической работы	3,649	2,649	3,089	3,120	3,234	3,841
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	20,020	13,940	17,600	15,300	16,340	25,740
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	0,056	0,120	0,061	0,089	0,072	0,022
Коэффициент социальной удовлетворенности	0,895	0,775	0,872	0,879	0,819	0,978

**Цепные индексы роста коэффициентов социальной эффективности и
качества медицинской помощи МУЗ ГKB №8**

	2001	2002	2003	2004	2005	Проект
По ГKB						
Кoeffициент медицинской результативности		93,40	105,88	98,76	99,57	105,09
Кoeffициент эффективности диагностической работы		80,48	118,63	92,61	104,69	122,68
Кoeffициент эффективности лечебной деятельности		66,62	130,85	91,46	105,55	153,05
Кoeffициент дефектности медицинского вмешательства		232,81	57,25	119,90	81,80	23,87
Кoeffициент социальной удовлетворенности		89,30	107,73	99,98	99,73	107,98
в т.ч. по отделениям						
Урологическое						
Кoeffициент медицинской результативности		95,08	101,85	97,56	101,07	105,44
Кoeffициент эффективности диагностической работы		81,16	112,23	90,78	119,11	125,99
Кoeffициент эффективности лечебной деятельности		80,89	122,60	94,09	99,83	142,06
Кoeffициент дефектности медицинского вмешательства		250,98	58,62	116,53	74,26	27,19
Кoeffициент социальной удовлетворенности		81,24	115,81	96,68	101,66	111,14
Неврологическое						
Кoeffициент медицинской результативности		91,59	107,73	97,74	102,26	103,97
Кoeffициент эффективности диагностической работы		78,05	115,89	96,73	102,00	109,05
Кoeffициент эффективности лечебной деятельности		74,63	116,47	91,72	103,57	149,73
Кoeffициент дефектности медицинского вмешательства		197,65	80,27	114,59	70,61	23,23
Кoeffициент социальной удовлетворенности		89,30	106,59	98,95	104,68	102,75
Отделение гнойной гинекологии						
Кoeffициент медицинской результативности		95,77	103,70	98,29	100,22	103,91
Кoeffициент эффективности диагностической работы		87,93	106,52	101,20	100,24	119,96
Кoeffициент эффективности лечебной деятельности		67,15	130,17	98,57	106,24	142,55

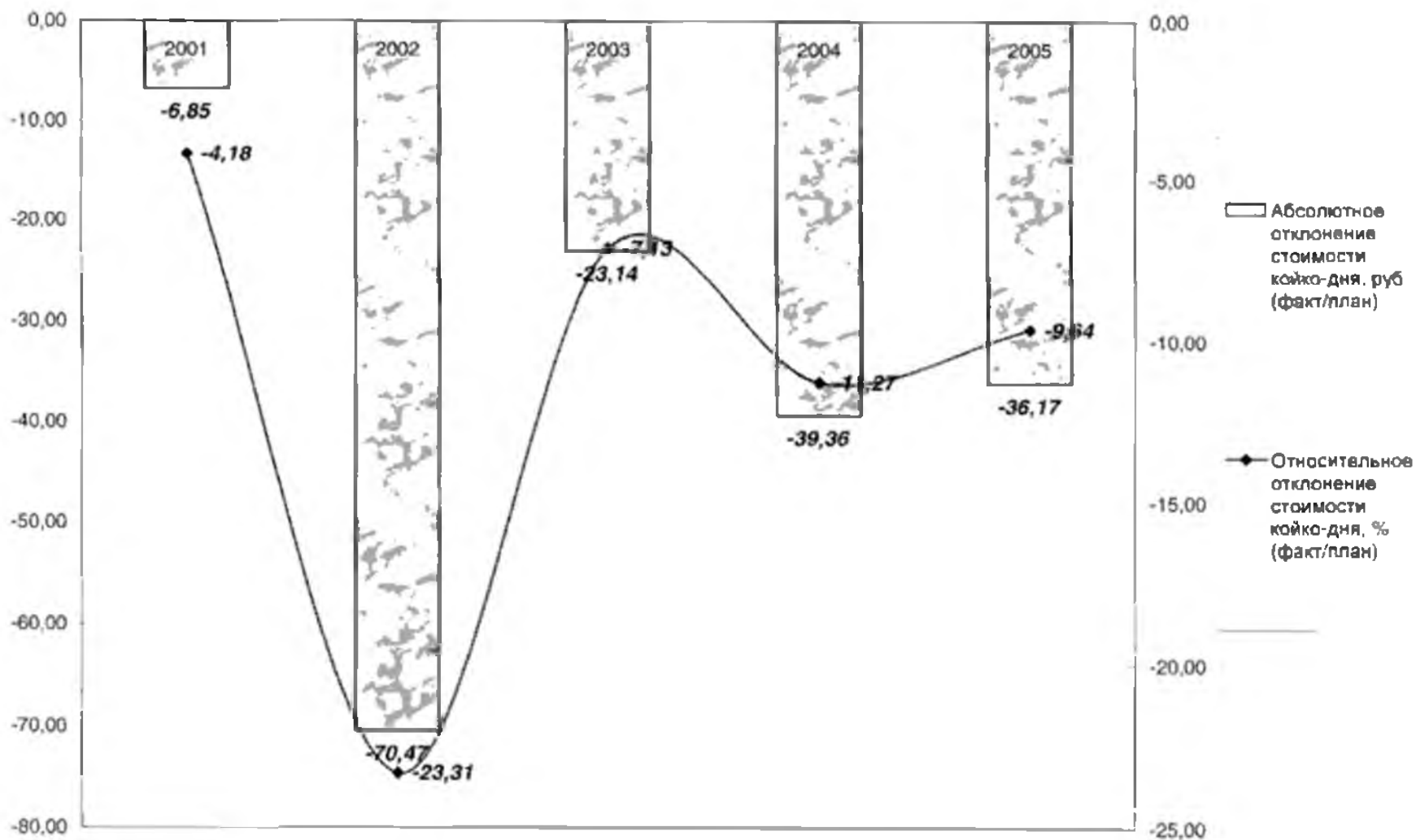
Козэффициент дефектности медицинского вмешательства		249,32	54,75	119,10	91,57	18,13
Козэффициент социальной удовлетворенности		93,21	104,72	99,91	99,24	105,97
Эндокринологическое						
Козэффициент медицинской результативности			111,32	98,26	97,97	106,56
Козэффициент эффективности диагностической работы			129,61	75,96	110,12	121,33
Козэффициент эффективности лечебной деятельности			135,82	86,46	107,11	164,37
Козэффициент дефектности медицинского вмешательства			30,58	140,27	70,18	35,92
Козэффициент социальной удовлетворенности			106,10	101,49	98,14	109,02
Кардиологическое						
Козэффициент медицинской результативности		88,63	108,62	103,08	101,71	103,58
Козэффициент эффективности диагностической работы		72,43	117,86	98,16	104,95	118,96
Козэффициент эффективности лечебной деятельности		75,09	135,93	91,51	101,18	153,49
Козэффициент дефектности медицинского вмешательства		182,06	75,36	94,78	88,85	18,89
Козэффициент социальной удовлетворенности		87,39	110,24	101,98	104,11	104,72
Терапевтическое						
Козэффициент медицинской результативности		91,82	111,71	99,34	93,05	109,74
Козэффициент эффективности диагностической работы		72,58	116,62	100,99	103,66	118,79
Козэффициент эффективности лечебной деятельности		69,63	126,26	86,93	106,80	157,53
Козэффициент дефектности медицинского вмешательства		214,80	50,67	146,32	80,48	31,35
Козэффициент социальной удовлетворенности		86,65	112,53	100,81	93,14	119,34

**Базисные индексы роста коэффициентов социальной эффективности и
качества медицинской помощи МУЗ ГKB №8**

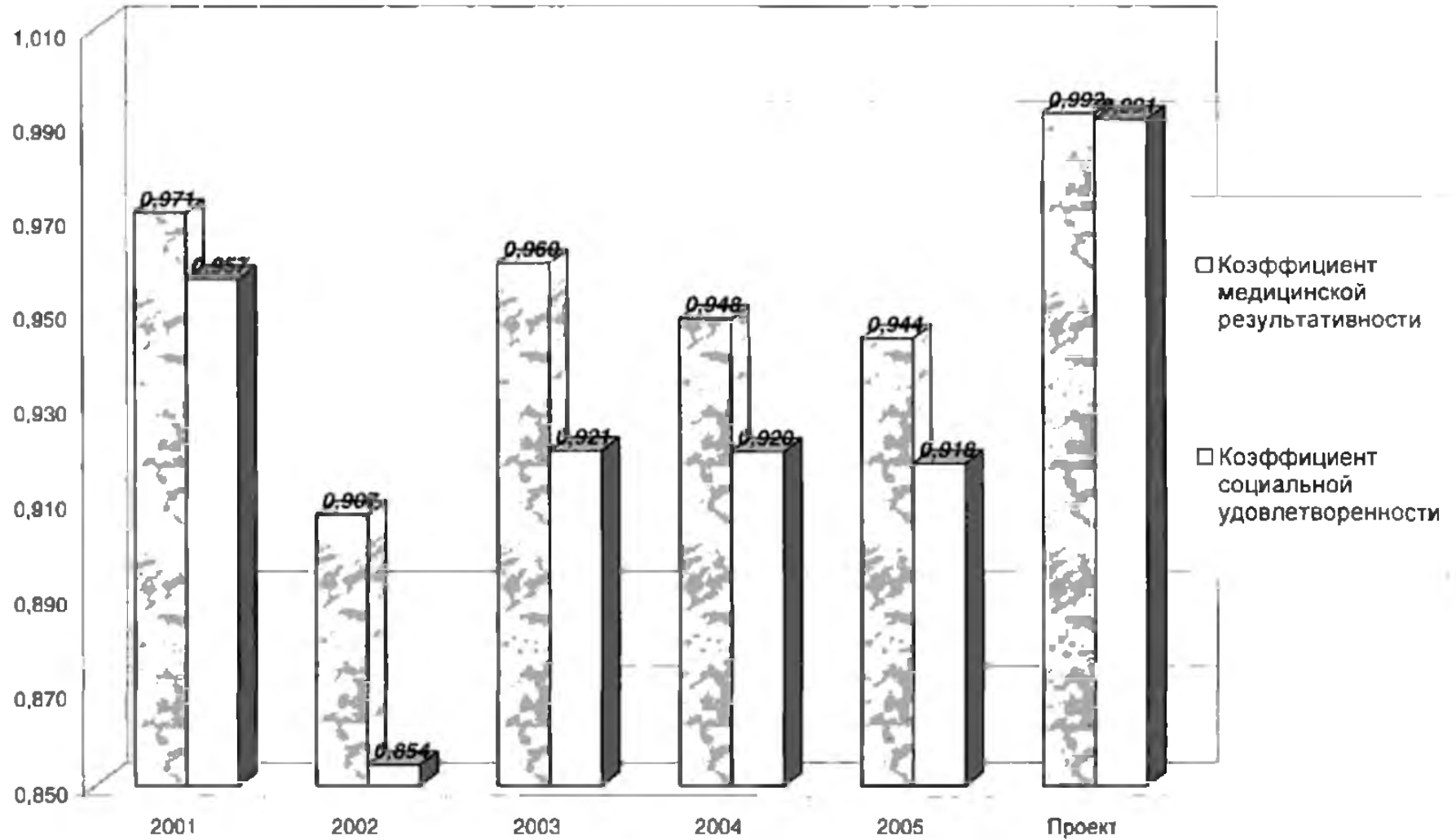
	2001	2002	2003	2004	2005	Проект
По ГKB						
Коэффициент медицинской результативности	100,00	93,40	98,89	97,67	97,24	102,19
Коэффициент эффективности диагностической работы	100,00	80,48	95,47	88,42	92,57	113,56
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	100,00	66,62	87,17	79,72	84,15	128,79
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	100,00	232,81	133,29	159,81	130,72	31,20
Коэффициент социальной удовлетворенности	100,00	89,30	96,21	96,19	95,93	103,58
в т.ч. по отделениям						
Урологическое						
Коэффициент медицинской результативности	100,00	95,08	96,83	94,47	95,48	100,68
Коэффициент эффективности диагностической работы	100,00	81,16	91,09	82,70	98,50	124,10
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	100,00	80,89	99,17	93,32	93,16	132,34
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	100,00	250,98	147,13	171,45	127,31	34,62
Коэффициент социальной удовлетворенности	100,00	81,24	94,08	90,96	92,47	102,77
Неврологическое						
Коэффициент медицинской результативности	100,00	91,59	98,67	96,44	98,63	102,54
Коэффициент эффективности диагностической работы	100,00	78,05	90,45	87,49	89,24	97,31
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	100,00	74,63	86,91	79,72	82,57	123,63
Коэффициент дефектности медицинского вмешательства	100,00	197,65	158,65	181,80	128,37	29,82
Коэффициент социальной удовлетворенности	100,00	89,30	95,19	94,19	98,60	101,31
Отделение гнойной гинекологии						
Коэффициент медицинской результативности	100,00	95,77	99,31	97,62	97,83	101,66
Коэффициент эффективности диагностической работы	100,00	87,93	93,66	94,79	95,02	113,98
Коэффициент эффективности лечебной деятельности	100,00	67,15	87,41	86,16	91,54	130,49

Кoeffициент дефектности медицинского вмешательства	100,00	249,32	136,51	162,59	148,88	26,99
Кoeffициент социальной удовлетворенности	100,00	93,21	97,61	97,52	96,78	102,56
Эндокринологическое						
Кoeffициент медицинской результативности		100,00	111,32	109,39	107,17	114,20
Кoeffициент эффективности диагностической работы		100,00	129,61	98,45	108,41	131,54
Кoeffициент эффективности лечебной деятельности		100,00	135,82	117,43	125,78	206,75
Кoeffициент дефектности медицинского вмешательства		100,00	30,58	42,90	30,10	10,81
Кoeffициент социальной удовлетворенности		100,00	106,10	107,68	105,67	115,21
Кардиологическое						
Кoeffициент медицинской результативности	100,00	88,63	96,27	99,24	100,94	104,55
Кoeffициент эффективности диагностической работы	100,00	72,43	85,37	83,80	87,95	104,63
Кoeffициент эффективности лечебной деятельности	100,00	75,09	102,08	93,41	94,51	145,05
Кoeffициент дефектности медицинского вмешательства	100,00	182,06	137,19	130,04	115,53	21,83
Кoeffициент социальной удовлетворенности	100,00	87,39	96,34	98,25	102,28	107,11
Терапевтическое						
Кoeffициент медицинской результативности	100,00	91,82	102,58	101,91	94,82	104,06
Кoeffициент эффективности диагностической работы	100,00	72,58	84,65	85,49	88,61	105,26
Кoeffициент эффективности лечебной деятельности	100,00	69,63	87,91	76,42	81,62	128,57
Кoeffициент дефектности медицинского вмешательства	100,00	214,80	108,84	159,26	128,17	40,19
Кoeffициент социальной удовлетворенности	100,00	86,65	97,50	98,29	91,55	109,26

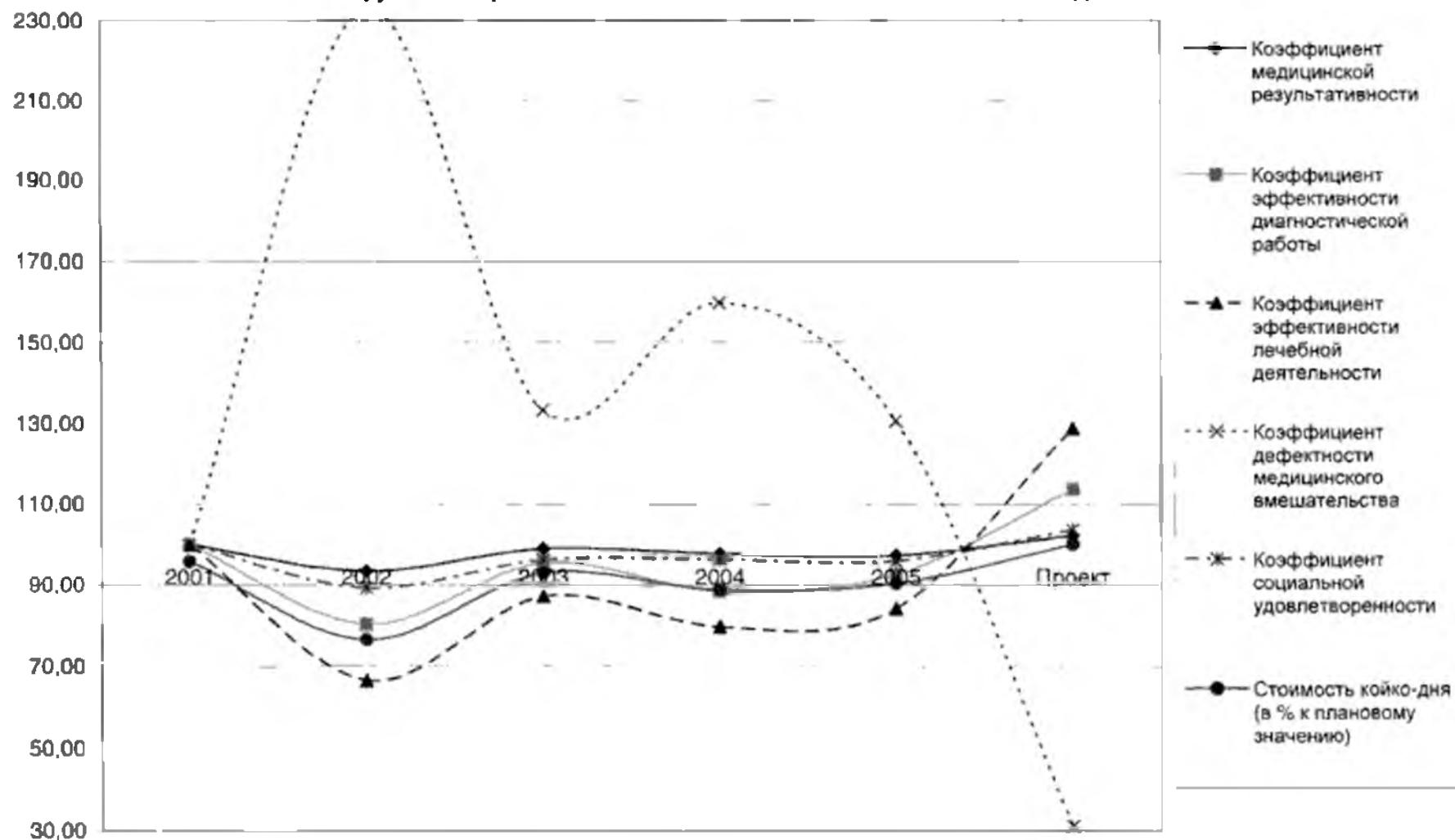
Абсолютное и относительное отклонение стоимости койко-дня в МУЗ ГКБ №8



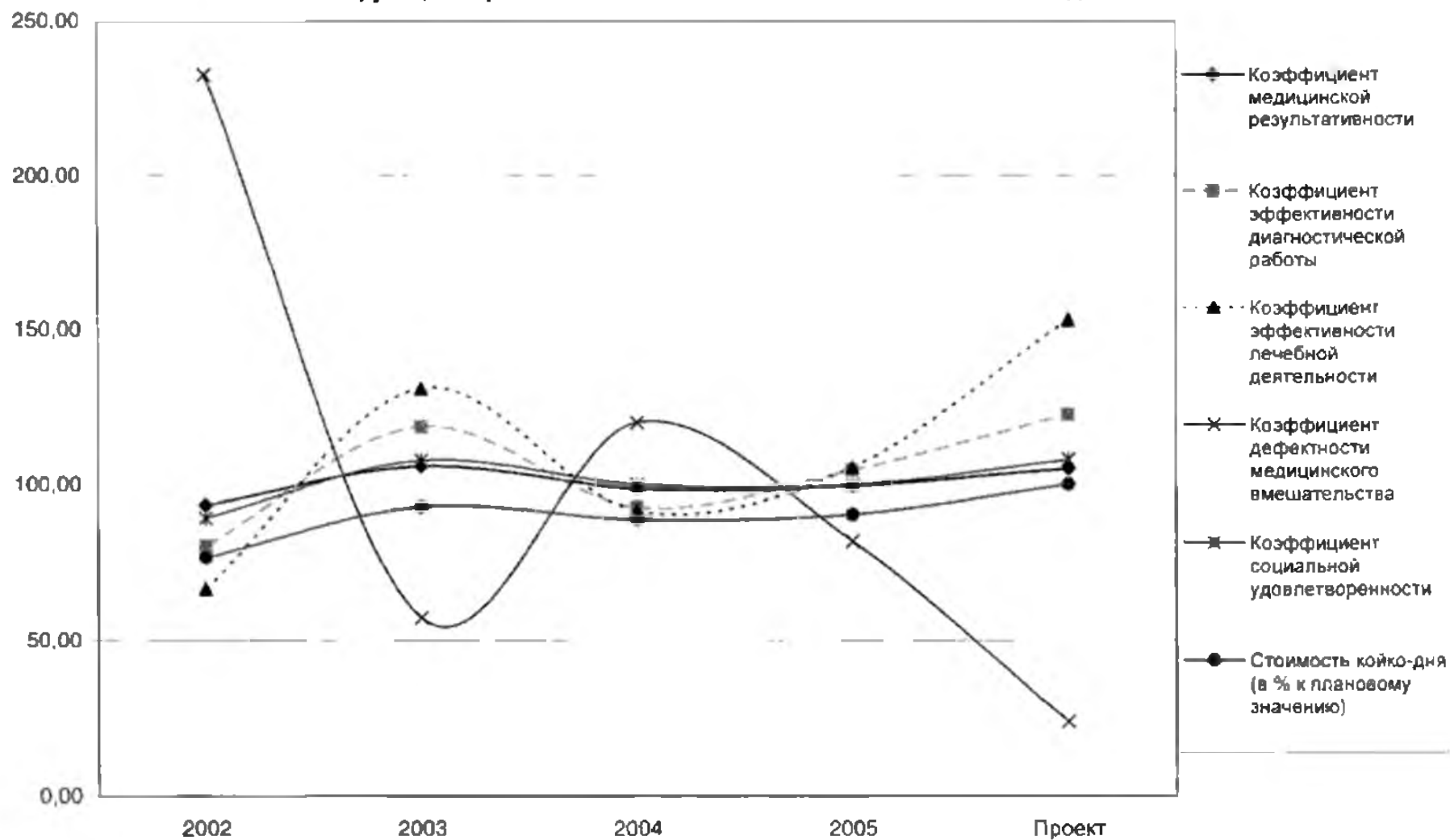
Динамика коэффициентов медицинской результативности и социальной удовлетворенности



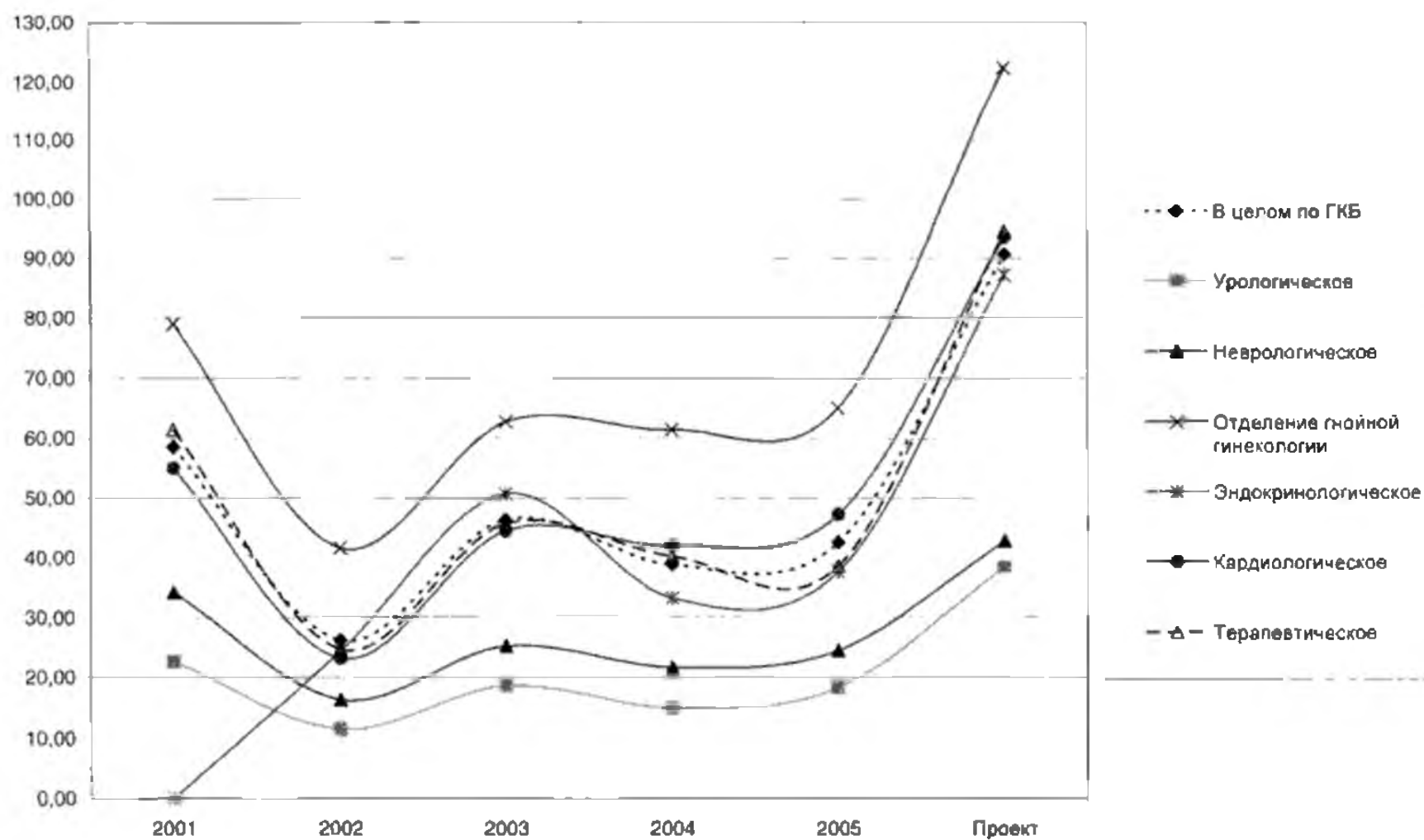
Корреляционная зависимость базисных индексов роста показателей эффективности функционирования ГKB и относительной стоимости койко-дня



Корреляционная зависимость цепных индексов роста показателей эффективности функционирования ГKB и относительной стоимости койко-дня

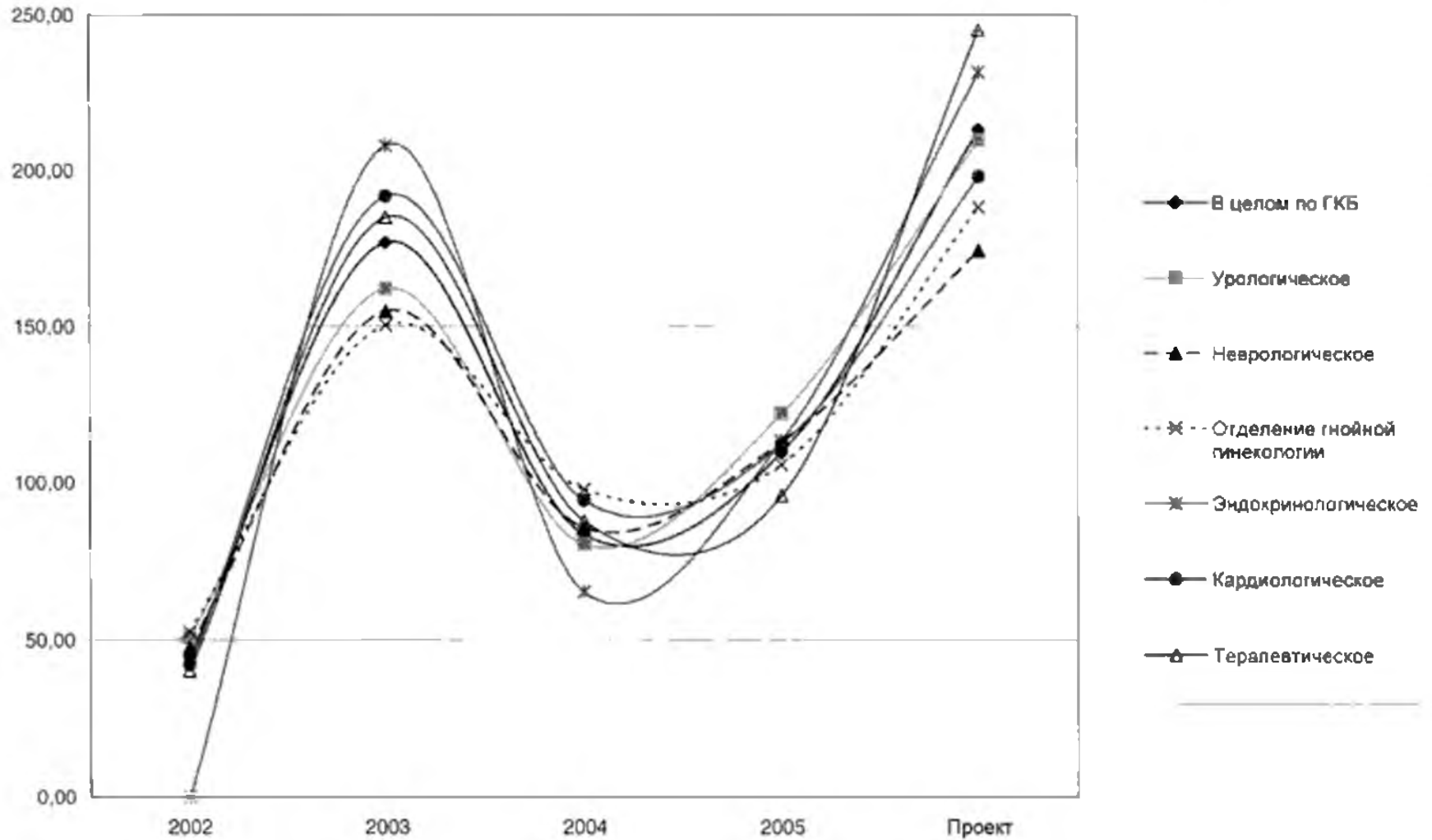


Динамика интегрального коэффициента социальной эффективности функционирования МУЗ
ГКБ №8



Приложение 11

Цепные индексы роста интегрального коэффициента социальной эффективности, %



Приложение 12

Базисные индексы роста интегрального коэффициента социальной эффективности, %

