



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ
НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РФ

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВАЯ СИТУАЦИЯ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА
МЕЖДУ КРИЗИСОМ И МОДЕРНИЗАЦИЕЙ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «Д Е Л О»



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МОДЕРНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
НОВАЯ СИТУАЦИЯ
И НОВЫЕ ЗАДАЧИ

МОСКВА
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ДЕЛО»
2015

УДК 338.06.71.47

ББК 65.495

М74

Серия
«Экономическая политика:
между кризисом и модернизацией»

**Проект выполнен в рамках тематики экспертного совета
при Правительственной комиссии по повышению устойчивости
развития российской экономики**

Ответственные редакторы:

И.М. Шейман, С.В. Шишкин

Авторы:

Попович Л.Д. (разд. 2); *Потапчик Е.Г.* (разд. 4);
Салахутдинова С.К. (разд. 3); *Селезнева Е.В.* (разд. 1, 4);
Шейман И.М. (разд. 1, 4); *Шишкин С.В.* (разд. 1, 4)

M74 Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи /
Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнева,
И.М. Шейман, С.В. Шишкин / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина.
— М. : Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. — 232 с. — (Экономическая политика: между кризисом и модернизацией).

ISBN 978-5-7749-1016-8

В книге представлен анализ наиболее значимых изменений в организации и финансировании медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения России в последние годы. Обсуждаются изменения в политике других стран в области здравоохранения, обусловленные мировым экономическим кризисом. Уроки проведенных преобразований в нашей стране и антикризисных мер за рубежом позволяют сформулировать конкретные предложения о направлениях развития российской системы медицинского страхования и системы лекарственного обеспечения.

Книга рассчитана на управленческих работников в отрасли здравоохранения, экспертов, а также всех интересующихся проблемами реформирования отраслей социальной сферы.

УДК 338.06.71.47

ББК 65.495

ISBN 978-5-7749-1016-8

© ФГБОУ ВПО «Российская академия
народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации»,
2010, 2013, 2014, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	8
1. Оценка результатов проведения федерального пилотного проекта в здравоохранении.....	11
1.1. Анализ эффективности организации пилотного проекта.....	11
1.2. Содержание организационно-экономических инноваций и их соответствие задачам повышения эффективности использования ресурсов.....	14
1.2.1. Переход к одноканальному финансированию через систему ОМС	14
1.2.2. Оплата стационарной помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе медико-экономических стандартов	20
1.2.3. Фондодержание и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов.....	24
1.2.4. Реформирование оплаты труда медицинских работников.....	28
1.2.5. Прочие инновации, реализуемые в рамках пилотного проекта.....	30
1.2.6. Результаты реализации пилотного проекта	33
1.3. Рекомендации по внедрению наиболее эффективных механизмов финансирования здравоохранения, апробированных в ходе пилотного проекта	38
2. Оценка результативности государственной политики регулирования лекарственного обеспечения населения и рекомендации по ее задачам и инструментам.....	41
2.1. Результативность лекарственного обеспечения населения России с точки зрения обеспечения доступности лекарственных средств для населения и рациональности расходования государственных ресурсов	41

2.1.1. Структура и объемы потребления лекарственных средств по сегментам рынка	43
2.1.1.1. Негосударственный сегмент фармацевтического рынка.....	43
2.1.1.2. Государственный сегмент фармацевтического рынка	45
2.2. Анализ предмета и механизмов государственного регулирования предоставления лекарственной помощи в РФ.....	54
2.2.1. Документация, регулирующая доступность лекарственных средств населению	55
2.2.2. Документация, регулирующая рациональность расходования государственных ресурсов в области лекарственного обеспечения.....	58
2.2.2.1. Ценовое регулирование.....	58
2.2.2.2. Формирование ограничительных перечней лекарственных средств	61
2.2.2.3. Регулирование деятельности медицинских организаций по назначению лекарственных средств.....	64
2.3. Анализ международного опыта регулирования лекарственной помощи с точки зрения обеспечения доступности лекарственных средств для населения и рациональности расходования ресурсов	66
2.3.1. Методы возмещения стоимости лекарственных средств льготным категориям населения	66
2.3.2. Формы ценового регулирования лекарственных средств.....	68
2.3.3. Установление ограничительных перечней лекарственных средств и регулирование назначения препаратов	72
2.4. Разработка предложений, направленных на повышение доступности лекарственных средств для населения в России и рациональности расходования государственных ресурсов	73
3. Анализ антикризисных мер в здравоохранении зарубежных стран и рекомендации о возможности их использования в России	80
3.1. Анализ приоритетов и содержания антикризисной политики в сфере здравоохранения	81
3.1.1. Общее воздействие кризиса на социально-экономическую ситуацию.....	81

3.1.2. Новые вызовы здравоохранению в условиях кризиса.....	82
3.1.3. Сравнение задач и приоритетов антикризисной политики в отдельных странах.....	86
3.1.4. Обзор конкретных антикризисных мер	88
3.1.4.1. Меры по привлечению дополнительных источников доходов для финансирования сектора здравоохранения	88
3.1.4.2. Экономия в использовании имеющихся ресурсов	91
3.1.4.3. Повышение эффективности использования ресурсов	92
3.1.4.4. Поддержка наиболее уязвимых групп населения..	93
3.1.4.5. Рост вложений в инфраструктуру	95
3.1.5. Возможности реализации среднесрочных задач реформирования здравоохранения в ситуации финансово-экономического кризиса.....	96
3.1.5.1. Повышение эффективности системы здравоохранения в условиях сокращения ресурсов в Венгрии.....	96
3.1.5.2. Организация медицинского обслуживания в Латвии в условиях значительного сокращения бюджета здравоохранения	98
3.1.5.3. Проведение административной реформы для повышения эффективности здравоохранения в Польше.....	99
3.1.5.4. Рациональное использование в период кризиса ресурсов системы здравоохранения в Эстонии	100
3.1.5.5. Обеспечение доступности медицинской помощи в условиях кризиса в Киргизии.....	104
3.2. Определение условий и ограничений применимости антикризисных мер в практике российского здравоохранения и рекомендации о возможности внедрения лучших зарубежных практик	105
3.2.1. Рационализация части мощностей государственных и муниципальных учреждений в условиях кризиса.....	106
4. Предложения о внесении изменений в организацию обязательного медицинского страхования.....	113
4.1. Анализ зон неэффективности действующей системы ОМС в условиях кризиса.....	113

4.1.1. Низкие темпы перехода на одноканальное финансирование здравоохранения и низкий уровень сбалансированности программ ОМС с объемами финансирования	113
4.1.2. Недостаточный уровень финансового планирования	116
4.1.3. Ограниченные возможности, низкая мотивация и недостаточно эффективная конкуренция страховых медицинских организаций	118
4.1.4. Несоответствие методов оплаты медицинской помощи задачам повышения структурной эффективности и ограничения действующей системы установления тарифов на медицинские услуги	120
4.2. Предложения по формированию средств ОМС и внесению изменений в управление системой ОМС ...	122
4.2.1. Общие направления формирования средств ОМС ...	122
4.2.2. Варианты организации ОМС: централизованная или децентрализованная модель?	125
4.2.3. Порядок формирования взноса на ОМС неработающего населения	130
4.2.4. Совершенствование системы выравнивания условий финансирования региональных систем ОМС	132
4.2.5. Введение программ дополнительного медицинского страхования	134
4.3. Разработка предложений по повышению эффективности использования средств ОМС	135
4.3.1. Механизмы перехода на одноканальную систему финансирования здравоохранения.....	135
4.3.2. Совершенствование системы финансового планирования	139
4.3.3. Расширение функций и финансовой ответственности страховых медицинских организаций.....	142
4.3.4. Совершенствование системы допуска страховых медицинских организаций к реализации программы ОМС.....	145
4.3.5. Использование методов оплаты, в большей мере соответствующих задачам реструктуризации здравоохранения	149

4.3.6. Рекомендуемые направления совершенствования ценообразования.....	152
Заключение.....	156
Краткие выводы и рекомендации по разделу 1 «Оценка результатов проведения федерального пилотного проекта в здравоохранении»	156
Краткие выводы и рекомендации по разделу 2 «Оценка результативности государственной политики регулирования лекарственного обеспечения населения и рекомендации по ее задачам и инструментам»	161
Краткие выводы и рекомендации по разделу 3 «Анализ антикризисных мер в здравоохранении зарубежных стран и рекомендации о возможности их использования в России».....	165
Краткие выводы и рекомендации по разделу 4 «Предложения о внесении изменений в организацию обязательного медицинского страхования»	169
Приложения	174
Приложения к разделу 2.....	174
Приложение 2.1. Иллюстративные данные к разделу 2 ...	174
Приложение 2.2. Перечни лекарственных средств, применяемые в регулирующих документах	183
Приложение 2.3. Классификация существующих моделей лекарственного страхования	183
Приложение 2.4. Описание концептуальных организационно-финансовых схем реализации предлагаемых моделей лекарственного страхования в России	186
Приложения к разделу 4.....	192
Приложение 4.1. Иллюстративный материал к анализу зон неэффективности системы ОМС....	192
Приложение 4.2. Рекомендуемые методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.....	210
Приложение 4.3. Рекомендуемые методы оплаты стационарной помощи	219
Литература	224
Об авторах.....	231

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы предпринимаются активные усилия для улучшения финансового состояния здравоохранения. Но многие проблемы остаются нерешенными, в том числе в силу незавершенности институциональных преобразований в отрасли. Острота проблем определяется не только масштабами недофинансирования здравоохранения, но и докризисным его состоянием — степенью преодоления глубоких структурных диспропорций в организации медицинской помощи, масштабами преобразований системы управления и финансирования отрасли. Экономический кризис обострил и наглядно продемонстрировал слабые стороны российской системы здравоохранения, заставил острее поставить вопрос о необходимости продолжения начатых реформ, направленных на повышение доступности и качества медицинской помощи, эффективности использования выделяемых отрасли государственных ресурсов.

Для снижения негативного влияния экономического кризиса на систему здравоохранения необходимо разработать конкретные механизмы государственной антикризисной политики в этой сфере.

Целью данного исследования является разработка рекомендаций по совершенствованию системы организации и финансирования медицинской помощи и лекарственного обеспечения населения на основе применения лучших отечественных и зарубежных практик антикризисных мер в здравоохранении.

В рамках исследования решались следующие основные задачи:

1. Анализ результатов реализации пилотного проекта в здравоохранении в 2007–2008 гг. и разработка на этой основе рекомендаций по внедрению наиболее эффективных механизмов финансирования здравоохранения.

2. Анализ государственной политики регулирования лекарственного обеспечения населения и подготовка рекомендаций по ее совершенствованию.

3. Анализ антикризисных мер в здравоохранении других стран и разработка рекомендаций о возможности использования лучших практик.

4. Анализ функционирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и разработка предложений по совершенствованию ее организации.

Первый раздел книги посвящен анализу организации осуществления федерального пилотного проекта в здравоохранении, содержания организационно-экономических инноваций, внедренных в регионах-участниках, а также их влияния на повышение эффективности функционирования здравоохранения. Представлены рекомендации по внедрению наиболее эффективных механизмов финансирования здравоохранения, апробированных в ходе пилотного проекта.

Во втором разделе рассматривается результативность государственной политики и зарубежного опыта в области лекарственного обеспечения населения с точки зрения обеспечения доступности лекарственных средств (ЛС) и рациональности расходования государственных ресурсов. На основе проведенного анализа предложены организационные решения, которые могли бы улучшить ситуацию с лекарственным обеспечением населения.

В третьем разделе определены приоритеты и содержание антикризисной политики в сфере здравоохранения, проводимой в зарубежных странах, возможность применения аналогичных мер в отечественных условиях; предложены меры, которые могут способствовать снижению негативного влияния кризиса на российское здравоохранение.

Последний раздел посвящен анализу эффективности действующей системы ОМС. На основе определения основных зон неэффективности сложившейся системы предложены мероприятия и инструменты, направленные на совершенствование механизмов формирования и использования средств ОМС, а также на совершенствование управления системой ОМС.

В заключении дается краткое изложение аналитических выводов и рекомендаций по каждому разделу работы.

Результаты исследования могут быть использованы для разработки антикризисной политики в сфере здравоохранения, а также для формирования среднесрочной стратегии модернизации отрасли.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В 2007–2008 гг. в российском здравоохранении осуществлялся федеральный пилотный проект, направленный на отработку в регионах новых финансовых механизмов. В данном разделе рассматривается организация осуществления этого проекта (параграф 1.1), анализируются его главные мероприятия с точки зрения их соответствия задачам повышения эффективности использования ресурсов (1.2). Проведенный анализ дает основания для разработки рекомендаций по дальнейшей отработке и распространению новых механизмов финансирования здравоохранения (1.3).

1.1

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Правительство РФ постановлением от 19 мая 2007 г. № 296 утвердило направления преобразований в рамках федерального пилотного проекта, правила финансирования расходов на его реализацию и перечень участвующих в нем регионов. Срок реализации проекта — с июня 2007 г. по июль 2008 г. На проведение эксперимента было израсходовано 5434 млн руб. из средств федерального Фонда ОМС за счет ассигнований из федерального бюджета¹. Регионы, участвующие в проекте (*далее — пилотные регионы*), софинансировали его проведение.

В рамках пилотного проекта апробировались следующие направления модернизации системы финансирования здравоохранения:

- поэтапный переход учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС;

¹Здесь и далее в настоящем разделе — по данным Минздравсоцразвития России.

- оплата стационарной помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе медико-экономических стандартов и с учетом оценки качества оказанных услуг;
- осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты других видов медицинской помощи (система фондодержания);
- создание систем оплаты труда медицинских работников за объем и результаты их деятельности;
- обеспечение более адекватного учета объема и качества оказанной медицинской помощи на основе системы персонифицированного учета.

Обоснование эксперимента содержится в документе Минздравсоцразвития России *«О реализации в 2007 году мероприятий по модернизации стационарной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения»* (далее — Документ Минздравсоцразвития). Этот документ конкретизирует дизайн эксперимента и определяет ожидаемые результаты по каждому его направлению.

В рамках пилотного проекта были заключены соглашения между Минздравсоцразвитием, федеральным Фондом ОМС (ФОМС) и органами исполнительной власти субъектов РФ (далее — Соглашения), которые устанавливают планируемые показатели реализации проекта, включая объемы финансирования, ожидаемые результаты, охват лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) отдельными мероприятиями и др.

Пилотный проект рассматривался как эксперимент, который позволит получить ответы на вопрос о направлениях преобразований в системе финансирования здравоохранения в масштабах всей страны.

Направления пилотного проекта были определены правильно. Вместе с тем организация эксперимента имела существенные изъяны. Не было четкой постановки вопросов, на которые должен дать ответ эксперимент, не были сформулированы альтернативные решения, которые в эксперименте должны были апробироваться. Фактически в ходе эксперимента проверялись возможности реализации предложенных самими регионами вариантов одноканального финансирования, построения тарифов в системе ОМС,

финансирования первичного звена оказания медицинской помощи, систем оплаты медицинских работников, выяснялось, какие при этом возникают препятствия.

Следует особо отметить формальный подход к мониторингу пилотного проекта. Ведущая роль в проведении мониторинга была отведена федеральному ФОМС. Определены количественные показатели по реализации каждого направления проекта. Они вошли в Соглашения с регионами. По окончании проекта федеральный ФОМС подготовил аналитическую справку *«Итоги реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах здравоохранения в 2007–2008 годы»* (далее — *Аналитическая справка ФФОМС*), в которой дается обобщенная оценка выполнения проекта на основе установленных показателей. Этот документ очень содержателен с точки зрения собранной информации по каждому региону, но он сфокусирован на оценке выполнения только количественных показателей (охвата ЛПУ мероприятиями проекта и т.п.). Вопросы *содержания* проекта в нем не рассматриваются. Причем формальный подход к мониторингу был заложен в дизайне проекта.

Кроме того, многие из выбранных показателей не имеют отношения к существу эксперимента. Например, величина подушевого норматива территориальной программы государственных гарантий в регионе никак не отражает реализацию мероприятия по переходу на одноканальное финансирование: объем денег не определяет уровень их объединения, что является основой данного мероприятия. Число учреждений, внедривших стандарты медицинской помощи, слабо отражает переход к новым методам оплаты стационарной помощи, поскольку при такой формулировке использованием стандартов можно считать нормирование сроков госпитализации, а не нормирование стоимости медицинских технологий. В этой ситуации многие регионы могли отчитаться уже давно сделанным: нормирование сроков лечения по отдельным диагнозам на основе стандартов давно используется в практике российских регионов. По той же причине ненадежен показатель «Доля реестров счетов по оплате оказанной медицинской помощи, сформированных на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи». На основе этих показателей невозможно понять истинные масштабы технологического обоснования тарифов, что делает показатели мониторинга формальными и малосодержательными.

Для характеристики системы фондодержания, на наш взгляд, не нужны показатели «Доля амбулаторно-поликлинических учреждений, которые финансируются на основе подушевого норматива» (подушевой норматив на собственную деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений не является фондодержанием), а также «Увеличение нормативов подушевого финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений» (он испытывает на себе действие общих факторов, определяющих объем финансирования). При оценке новой системы оплаты труда справедливо предлагаются показатели, характеризующие уровень оплаты, но отсутствует показатель доли оплаты труда за счет стимулирующих надбавок, а это, на наш взгляд, наиболее важный индикатор формирующихся мотивационных систем.

В результате реальные процессы сложно оценивать только по федеральным отчетным документам. Необходима оценка региональных материалов. Последующий анализ основан на материалах по нескольким регионам, являющимся лидерами в осуществлении новых финансовых механизмов. Это Калининградская, Калужская, Тюменская, Нижегородская области и Пермский край.

1.2

СОДЕРЖАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИННОВАЦИЙ И ИХ СООТВЕТСТВИЕ ЗАДАЧАМ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ

1.2.1. ПЕРЕХОД К ОДНОКАНАЛЬНОМУ ФИНАНСИРОВАНИЮ ЧЕРЕЗ СИСТЕМУ ОМС

Данное направление преобразований в системе финансирования апробируется в 12 регионах из 19 (Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Томская области, Республика Татарстан, Краснодарский, Пермский и Хабаровский края, Чувашская Республика).

Условиями Соглашений был установлен показатель соотношения средств ОМС и средств консолидированного бюджета, направляемых на финансирование здравоохранения. Среднее по всем регионам соотношение — 60 % на 40 %. Фактическое исполнение, согласно данным ФОМС, — 58 % на 42 % (*ФОМС, 2009, с. 27*), т.е. целевой показатель был практически достигнут.

Почти во всех регионах, участвовавших в реализации этого направления, отмечается рост доли средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения за 2006–2008 гг. Наиболее значи-

тельный — в Республике Татарстан, Калининградской, Владимирской и Томской областях (табл. 1.1). Эти же регионы являются лидерами и по абсолютному значению данного показателя — 62–67%. Еще выше показатель в Тюменской области (78,7%), хотя этот регион формально не брал на себя обязательств по реализации данного компонента проекта. В Республике Татарстан, согласно данным Минздравсоцразвития, он вырос за один год с 49,3% до 88,9%, что маловероятно¹. В 2009 г. ожидается выход в число лидеров Калининградской области: доля ОМС составит здесь 85,9% (*Клюкова, 2009*).

Минимальные доли средств ОМС составляли в 2008 г. 43,7% в Белгородской области, 46,8 в Хабаровском крае, 52,1 в Ленинградской области, 52,4% в Калужской области. Но и этот уровень заметно выше среднего по Российской Федерации — 41%. Таким образом, в регионах — участниках пилотного проекта достигнут заметно более высокий уровень объединения средств бюджета и ОМС. Пилотный проект существенно ускорил переход на одноканальную систему финансирования.

Таблица 1.1

Доля средств ОМС в финансировании территориальных программ государственных гарантий в 12 пилотных регионах в 2006–2008 гг., %

Субъект Российской Федерации	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Белгородская область	41,3	45,7	43,7
Владimirская область	45,1	56,1	65,7
Вологодская область	55,4	52,0	56,9
Калининградская область	49,4	59,1	61,6
Калужская область	55,2	52,6	52,4
Краснодарский край	45,2	47,0	49,0
Ленинградская область	41,1	42,3	52,1
Пермский край	46,5	53,8	53,5
Республика Татарстан	55,0	49,3	88,9
Республика Чувашия	39,2	45,3	55,4
Томская область	60,1	64,2	66,5
Хабаровский край	46,7	45,7	46,8

Источник: доклады Минздравсоцразвития России о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 и 2008 гг. (далее — Программа государственных гарантий).

¹Эта оценка получена на основе данных Минздравсоцразвития России, в то время как ФОМС в упомянутой выше Аналитической справке ФФОМС дает 67%.

Переход на одноканальную систему складывался из двух процессов. Первый — *расширение программы ОМС* — отмечен в Ленинградской, Тюменской и Калининградской областях, а также в Республике Татарстан. В этих регионах в программу ОМС включены скорая медицинская помощь и медицинская помощь при социально значимых заболеваниях, ранее финансируемые за счет средств бюджета (*ФОМС, 2009; ГУ-ВШЭ, 2009*). В Тюменской области в систему ОМС включена также часть высокотехнологичной помощи и санаторно-оздоровительная помощь (*Чирятьева, 2009*).

Второй процесс — *расширение состава затрат*, включаемых для возмещения в тарифы в системе ОМС. По общему правилу тарифы в действующей системе ОМС возмещают пять видов затрат ЛПУ: заработную плату, начисления на заработную плату, приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и расходы на питание пациентов. Переход к одноканальному финансированию предполагает использование расширенных тарифов, возмещающих более широкий круг расходов.

В ходе реализации проекта апробировались два варианта тарифов:

- тарифы, включающие помимо пяти указанных видов затрат затраты на услуги связи, транспортные услуги, услуги по содержанию имущества, на увеличение стоимости основных средств и др.;
- тарифы, включающие помимо перечисленных затраты на коммунальные услуги, капитальный ремонт и приобретение медицинского оборудования (ниже установленной стоимости).

Первый вариант был наиболее распространенным. Он реализован во Владимирской, Нижегородской и Калужской областях, Пермском крае и Чувашской Республике, Тюменской области. Второй — только в Томской и Калининградской областях. Эти два региона наиболее близко подошли к использованию принципа полного тарифа (*НИСП, 2008*).

Перераспределение средств в систему ОМС осуществлялось путем увеличения размеров взносов из бюджетов субъектов РФ на ОМС неработающего населения. В семи пилотных регионах (Белгородская, Вологодская, Калининградская, Ленинградская, Томская области, Краснодарский, Хабаровский края) источником увеличения этих взносов были региональные бюджеты. Рост ассигнований на ОМС неработающего населения был обеспечен

за счет перераспределения средств регионального бюджета. В шести регионах (Владимирская, Калужская области, Пермский край, Республика Татарстан, Чувашская Республика, Нижегородская область) решение этой задачи было обеспечено за счет передачи средств муниципальных образований региональному бюджету для последующего направления их в систему ОМС. Последний механизм реализуется на основе соглашений между органами государственной и муниципальной властей.

Второй механизм оказался менее эффективным. Во многих регионах не все муниципальные образования выполнили обязательства по передаче своих средств региональному бюджету. Например, в **Калужской области** половина муниципальных образований передали в областной бюджет средств значительно меньше, чем раньше сами тратили на соответствующие статьи расходов. По мнению руководителей здравоохранения области, такой подход был обусловлен сознательным возложением расходных обязательств на областной бюджет и бюджет пилотного проекта; соответствующие средства были потрачены на другие нужды, а потом было объявлено об их нехватке. Например, для ЦРБ Боровского района было передано 3 млн руб., а для ЦРБ Кировского района — 0,5 млн руб. Данные учреждения сравнимы по мощности и по обслуживаемому населению, и трудно согласиться, что расходы первого учреждения в 6 раз меньше, чем второго. При этом возмещение затрат по соответствующим статьям в системе ОМС будет одинаковым, т.е. первый район по существу субсидирует второй. Важно также учитывать, что подавляющее число муниципальных образований области получают дотации из областного бюджета, они вправе расходовать их по своему усмотрению, поэтому высока вероятность того, что средства, планируемые на здравоохранение, не пойдут в систему ОМС (*Калужский областной ФОМС, 2008*).

Более существенные результаты дал механизм перераспределения расходных обязательств субъекта РФ и муниципальных образований. Например, в **Калинградской области** сумма дотаций из бюджета области была уменьшена на величину расходов на содержание муниципальных ЛПУ, что позволило увеличить взнос на ОМС неработающего населения. Данный переход облегчился тем, что все муниципальные образования в области являются дотационными.

При переходе на одноканальное финансирование некоторые регионы установили два уровня тарифов — старый (в пределах

традиционного набора возмещаемых статей) и новый (за дополнительные статьи расходов). Например, в *Нижегородской области* в дополнение к базовому тарифу введен тариф на текущее содержание, охватывающий все виды затрат, за исключением расходов на коммунальные услуги, затрат, требующих серьезных инвестиций (капитальный ремонт и строительство, приобретение дорогостоящего оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб.), а также расходов по уплате налогов на имущество и землю (*Хлабутина, 2009*). Аналогичный подход используется в ряде регионов, не участвовавших в пилотном проекте (например, в Кировской области).

Логика такого разделения тарифа состоит в том, чтобы выделить статьи затрат, по которым осуществляется перераспределение средств. На этой основе делается попытка обеспечить соответствие средств, передаваемых муниципальными образованиями в региональный бюджет, средствам, поступающим в учреждения от страховщика.

Оценивая этот подход, можно согласиться с тем, что в течение определенного времени необходимо «маркировать» деньги, подлежащие перераспределению. Для учетных задач он вполне правомерен, но при одном условии: эти затраты, как и все прочие, не должны устанавливаться для каждого учреждения на индивидуальной основе и их возмещение из средств ОМС должно быть гарантировано всем. Господствующий принцип ценообразования в системе ОМС — нормирование затрат на определенном уровне. Если отойти от этого принципа, то в этой системе неминуемо утверждение ОМС принципов бюджетного финансирования — по статьям сметы вне зависимости от результатов деятельности учреждения.

Модель перехода на одноканальное финансирование, основанная на возмещении индивидуальных затрат учреждений (пусть даже в части новых статей затрат), — это профанация принципа (платить за результаты деятельности, а не содержание учреждения). Реализация такой модели будет «инфицировать» систему ОМС при формальном соблюдении установленных сверху показателей перехода на одноканальное финансирование. В результате роль экономических принципов управления может снизиться, вопреки ожиданиям, в отношении эффективности одноканальной системы.

Противоположный подход — единовременный и универсальный переход на принцип полного и единого тарифа, как это было сделано в *Калининградской области*. Он сразу сделал систему одноканальной. Но многие учреждения с традиционно хорошим фи-

нансированием оказались в сложном положении, поскольку органы власти сняли с себя основную часть обязательств по прямому бюджетному финансированию ЛПУ. В этой области решительность в реализации одноканальной системы оказывалась оправданна: за год-два учреждения были вынуждены приспособиться к новой системе финансирования и острота проблемы постепенно снизилась. Но делать этот принцип общим вряд ли правильно: слишком велики риски дискредитации реформы. Необходим постепенный переход к единым тарифам (*ГУ-ВШЭ, 2009*).

Важный результат перехода на одноканальную систему — повышение хозяйственной самостоятельности ЛПУ. С расширением состава затрат, возмещаемых из средств ОМС, руководители учреждений получили дополнительные возможности для маневра ресурсами. Стало реальным более широкое перераспределение средств между статьями расходов.

Интересен пример *Нижегородской области*. С внедрением преимущественно одноканального финансирования главные врачи получили возможность направлять средства на наиболее приоритетные статьи расходов, включая ремонт оборудования, закупку недорогого оборудования, повышение квалификации медицинских работников и т.п. Сумма нецелевого использования средств снизилась на 13,5 %. Проведенное анкетирование 18 главных врачей показало, что учреждениям предпочтительнее работать в условиях одноканального финансирования. Вот некоторые выдержки из ответов:

- «Денежные средства ОМС — реальные средства на расчетном счете, это ускоряет процесс расчетов».
- «По средствам ОМС не требуется дополнительных согласований по передвижению расходов с одного кода классификации на другой код».
- «Сами зарабатываем средства и расходуем на текущее содержание».

Резюмируя результаты анкетирования, руководитель территориального ФОМС Нижегородской области пришел к выводу, что «с переходом на одноканальное финансирование должно уйти само понятие нецелевых расходов. На смену придут понятия разумности и целесообразности, но, разумеется, не в ущерб застрахованному гражданину» (*Хлабутина, 2009*).

Таким образом, реализация данного компонента пилотного проекта позволила апробировать разные механизмы формирования одноканальной системы финансирования. В целом ожидаемый результат достигнут. Заметно возросла аккумуляция средств в системе ОМС. Было доказано, что уровень финансирования здравоохранения не имеет никакого отношения к задаче формирования одноканальной системы. Этот процесс отражает *объединение* средств, а не их увеличение. Потребность в таком объединении выше в регионах с наименьшими финансовыми ресурсами. Там, где это осознали, особых проблем с переходом на одноканальную систему не было.

К сожалению, на федеральном уровне еще сильны представления о том, что одноканальную систему невозможно реализовать без дополнительных денег и новых законов. Нам представляется, что пилотный проект доказал, что это не так.

1.2.2. ОПЛАТА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАТИВАМИ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ, РАССЧИТАННЫМИ НА ОСНОВЕ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ

Этот компонент проекта осуществлялся в 13 регионах (Астраханская, Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Свердловская, Томская области, Краснодарский и Хабаровский края, Чувашская Республика, Ханты-Мансийский автономный округ).

Условиями эксперимента ставилась задача перейти на оплату медицинской помощи с учетом требований медицинских технологий, устанавливаемых клиническими стандартами. Эти стандарты представляют собой перечень медицинских услуг и лекарственных средств, предоставляемых в ходе лечения конкретного заболевания. Они разрабатываются на федеральном уровне, а их экономическая оценка (расчет норматива финансовых затрат) осуществляется самими регионами с учетом их финансовых возможностей и особенностей используемых технологий (стандарты преобразуются в медико-экономические стандарты — МЭСы). В середине 2008 г. на федеральном уровне было утверждено около 500 стандартов, еще 120 стандартов находились на стадии согласования и рецензирования.

Оплата помощи осуществляется по реестру, составленному на основе персонифицированных счетов за каждого пролеченного

больного. При этом в Документе Минздравсоцразвития ставилась задача учета результатов лечения, т.е. делалась попытка установить элементы системы оплаты за результат (ОЗР). Были предложены поправочные коэффициенты к тарифу. Например, при выздоровлении используется коэффициент 1, при улучшении состояния здоровья — 0,8, при отсутствии изменений — 0,75, при смерти — 0,7, т.е. сумма затрат, возмещаемая больнице, редуцируется с использованием соответствующего коэффициента. Допускается использование более агрегированного тарифа — для клинико-статистических групп, объединяющих заболевания с примерно одинаковой стоимостью лечения¹. Однако не конкретизируется принцип их формирования — будут это абсолютные размеры тарифов или относительные величины (шкала ставок оплаты) при жестком бюджете стационарной помощи, как это делается при использовании метода клинико-статистических групп за рубежом. Предполагалось, что регионы сами должны сформировать конкретные механизмы возмещения и сдерживания затрат на оказание стационарной помощи.

Главное ожидание в отношении новых методов оплаты стационарной помощи — создание стимулов для использования современных медицинских технологий, повышение качества стационарной помощи. Одновременно формулируется ряд параллельных задач, связанных с использование стандартов, — обоснование необходимых затрат на реализацию программы государственных гарантий, внедрение единых медицинских технологий и единых тарифов, формирование системы обеспечения качества медицинской помощи, создание условий для защиты прав пациента и врача и др.

Оценка результатов реализации этого компонента приводится в Аналитической справке ФФОМС. При анализе результатов эксперимента с оплатой стационарной помощи на основе стандартов объектом мониторинга является:

- число учреждений здравоохранения, участвующих в реализации pilotного проекта, внедривших стандарты медицинской помощи;
- доля реестров счетов по оплате оказанной медицинской помощи, сформированных на основе нормативов финансовых

¹ В соответствии с Документом Минздравсоцразвития России «стандарты формируются в клинико-статистические группы, по каждой группе расчетным путем определяется среднестатистический показатель затрат, который выражается в нормативе финансовых затрат».

затрат, рассчитанных по стандартам медицинской помощи, с учетом конечного результата.

Соглашениями с регионами-участниками этого компонента пилотного проекта была установлена, что общее число ЛПУ, внедривших стандарты, составит 620. Фактически регионы дали информацию о внедрении стандартов 565 учреждениями. Планировалось оплачивать по стандартам 68 % реестров счетов, фактически было оплачено 51,7 %. Согласно Аналитической справке с июля по декабрь 2007 г. число ЛПУ, работающих по стандартам, увеличилось на 49,5 %. Вариабельность регионов по масштабам использования стандартов очень велика — от 6 до 297 стандартов по различным нозологическим формам. На наш взгляд, эта вариабельность определяется неодинаковым пониманием самого метода оплаты по стандартам. Как отмечалось выше, стандарты используются прежде всего для нормирования длительности госпитализации, а не для нормирования пакетов услуг по каждому случаю заболевания. Можно предположить, что многие регионы узко поняли сферу использования стандартов и поэтому оказались в числе аутсайдеров.

Отмечается также сильная региональная вариация стоимости законченного случая в рамках одной нозологической формы. Например, стоимость лечения пневмонии в Пермском крае составляет 9,9 тыс. руб., в Республике Чувашия — 15,0 тыс. руб., в Республике Татарстан — 28,2 тыс. руб. Стоимость лечения инфаркта миокарда в Томской области 14,8 тыс. руб., в Калужской области 27,1 тыс. руб., а в Белгородской области — 51,5 тыс. руб. (*ФОМС, 2009*). Характерно, что объемы подушевого финансирования здравоохранения в этих регионах если и различаются, то значительно меньше, чем стоимость случая. Вопреки ожиданиям в отношении использования МЭСов сохраняется сильная межрегиональная вариация тарифов, что связано не только с различными экономическими условиями, но и с разными методами формирования тарифов.

Результаты оценки, проведенной ФОМС, показали, что фактическая стоимость лечения в 3–13 раз ниже, чем расчетная стоимость по федеральным стандартам (*ФОМС, 2009, табл. 7*). Особенно велик разрыв по затратам на лекарственные средства. Совершенно очевидно, что использование федеральных стандартов для оплаты стационарной помощи в обозримом будущем нереально. Понимая это, многие регионы разработали свои собственные стандарты.

Например, в Калужской области в середине 2008 г. было разработано более 1000 стандартов, они использовались для оплаты некоторых видов стационарной помощи (*Калужский областной ФОМС, 2008*).

Важно отметить, что во всех пилотных регионах оплата по МЭСам используется как вспомогательный метод в дополнение к основному. Например, в **Калининградской области** утвержден 1261 региональный стандарт и еще 871 стандарт находится в стадии утверждения. Как и в других регионах страны, возможности финансового обеспечения этих стандартов в Калининградской области ограничены, поэтому по стандартам сегодня оплачиваются только случаи родовспоможения. Планируется расширить использование данного метода оплаты. Доминирующая часть стационарной помощи оплачивается на основе среднепрофильных тарифов с учетом длительности госпитализации. Тариф на законченный случай лечения конкретного заболевания рассчитывается путем умножения среднепрофильного тарифа на нормативную длительность госпитализации данного случая. Отклонения сроков вверх и вниз взаимно погашаются, но если фактическая длительность лечения оказывается ниже 40% нормативной, то такие случаи подлежат сплошной экспертизе. Как и в других регионах страны, стандарты используются прежде всего для определения нормативной длительности госпитализации (*ГУ-ВШЭ, 2009*).

Несколько шире сфера использования МЭСов в **Нижегородской области**. Здесь стационарная помощь также оплачивается на основе среднепрофильного койкодня с учетом нормативной длительности госпитализации каждого случая. Плюс к этому начиная с января 2009 г. введены тарифы за законченный случай лечения определенных нозологических форм (лапароскопических операций в гинекологии, урологии и общей хирургии, а также микрохирургических офтальмологических операций с имплантацией искусственного хрусталика) (*Хлабутина, 2009*). В **Пермском крае** по МЭСам оплачивается установленный набор хирургических операций. Это дало возможность существенно повысить хирургическую активность и повысить зарплату хирургов. Но и в этом регионе использование МЭСов носит фрагментарный характер. Основная же часть деятельности стационара возмещается по среднепрофильному койкодню.

Из этих примеров ясно, что вопреки замыслу проекта и отчетности по нему *оплата с учетом МЭСов* в изначальном смысле это-

го понятия (оплата стоимости реальных медицинских технологий в разрезе каждого случая) не получила широкого распространения. Это не более чем фрагменты в общей системе оплаты. И по-другому быть не могло, учитывая высокую стоимость медицинских технологий, заложенных в стандарты. По той же причине оказалось нереализованным ожидание, что на основе МЭСов регионы смогут формировать свои программы государственных гарантий.

Следует также отметить, что в ходе эксперимента регионы проигнорировали рекомендацию Минздравсоцразвития России использовать коэффициенты, отражающие результаты лечения. Скорее всего, это вызвано тем, что эта задача не нашла отражения в Соглашениях с регионами. К тому же рекомендуемое понимание оплаты за результат требует серьезной доработки.

Тем не менее проведенный эксперимент оказался очень полезным. Во-первых, дан серьезный толчок развитию стандартизации в стране, что является основой формирования систем обеспечения качества медицинской помощи. Во-вторых, накоплена информация для расчета тарифов на основе простых услуг, которая будет использована для решения многих практических задач российского здравоохранения. В-третьих, благодаря использованию МЭСов удалось поощрить некоторые виды стационарной помощи. Нельзя сбрасывать со счетов и методологический урок этого компонента пилотного проекта: стали ясны ограничения метода оплаты по МЭСам. Все большее число организаторов и экономистов здравоохранения осознают, что требуется укрупнение тарифов, причем не просто арифметическое сложение тарифов по стандартам, а качественно иной подход, который известен как *формирование тарифов на основе клинико-статистических групп*.

1.2.3. ФОНДОДЕРЖАНИЕ И СОЗДАНИЕ СИСТЕМЫ ВНУТРИ- И МЕЖУЧРЕДЕНЧЕСКИХ ВЗАЙМОРАСЧЕТОВ

Согласно Соглашениям этот компонент пилотного проекта реализуется в 11 регионах (Белгородская, Владимирская, Калужская, Тверская, Вологодская, Томская, Калининградская, Ленинградская области, Хабаровский край, Республики Чувашия и Татарстан).

Амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) становятся держателями средств не только на собственную деятельность, но и на

другие виды медицинской помощи, оказываемые прикрепленному населению. Для этого вводится подушевой принцип оплаты амбулаторной помощи. В состав норматива подушевого финансирования входят часть расходов на стационарную помощь, консультации специалистов и исследования в других медицинских учреждениях. За основу взят вариант частичного фондодержания, при котором поликлиника несет финансовые риски в ограниченных масштабах.

Ставится также задача довести стимулы до каждого работника амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) на основе построения системы внутриучрежденческих расчетов. Первичное звено становится фондодержателем средств на услуги узких специалистов и внешние потоки пациентов.

Главное ожидание в отношении данного метода оплаты — повысить заинтересованность АПУ в расширении объема оказываемых услуг и обеспечить повышение ответственности за состояние здоровья постоянно обслуживаемого населения. На этой основе планировалось снизить потребность в стационарной помощи и дать толчок для проведения реструктуризации сети медицинских организаций.

При анализе результатов эксперимента с системой фондодержания главным объектом мониторинга является доля учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, внедривших частичное фондодержание, в общем числе учреждений данного типа. Согласно Аналитической справке частичное фондодержание введено в 527 ЛПУ, из них в «стационарах» (наверное, в объединенных больницах) — 464, АПУ — 63. В табл. 9 этой справки выделяется отдельная категория «Амбулаторно-поликлинические отделения, внедрившие фондодержание» (184 отделения). Можно предположить, что это отделения объединенных больниц, внедривших фондодержание. Приводится также число pilotных учреждений, внедривших внутриучрежденческие расчеты, — 93.

Понять из этих данных истинные масштабы фондодержания практически невозможно в силу неясности количественных параметров использования этого метода оплаты (см. параграф 1.1). В Калининградской, Калужской, Томской областях с самого начала был взят курс на универсальное использование метода фондодержания для всех учреждений, оказывающих амбулаторную помощь. В Пермском крае он отрабатывался сначала в четырех самых крупных муниципальных образованиях, а с 1 января 2009 г. был внедрен на всей территории края (*Тришкин, 2009*). В этих реги-

онах есть основания считать все поликлиники фондодержателями, поскольку они контролируют расходы на комплексную амбулаторную помощь, а в Калининградской области — еще и расходы на основную часть стационарной помощи. В то же время нам известны регионы, где фондодержанием считается оплата определенных видов исследований в других учреждениях по направлению поликлиники. В такой ситуации нечеткости критериев фондодержателем может назвать себя каждое учреждение.

Не имея ясной картины реализации данного компонента проекта, можно опереться на региональный опыт. В Калининградской области можно выделить следующие элементы системы фондодержания:

- Поликлиники-фондодержатели контролируют расходы на специализированную амбулаторную и стационарную помощь, оказываемую за пределами учреждения, а также на скорую медицинскую помощь и часть социально значимых видов помощи, предоставляемых в муниципальных учреждениях (используется метод полного фондодержания).
- Норматив подушевого финансирование един для всех АПУ, вне зависимости от сложившихся различий в фактических расходах на единицу медицинской помощи (этот норматив отличается только для детских и взрослых АПУ).
- В большинстве случаев амбулаторно-поликлинические учреждения действуют в рамках объединенных больниц, поэтому из средств фондодержателя оплачиваются только те виды помощи, которые оказываются в других учреждениях.
- Для усиления контроля за необоснованными госпитализациями детские поликлиники-фондодержатели получили право на экспертизу счетов на стационарную помощь.
- Метод фондодержания используется в сочетании с методом оплаты за согласованные (а не фактические) объемы стационарной помощи. Этот подход имеет целью создать двусторонние стимулы к сокращению необоснованных объемов стационарной помощи, когда не только фондодержатель, но и стационар заинтересованы в оптимизации объемов деятельности стационара.
- Длянейтрализации мотивации АПУ к ограничению направлений в стационар введена система массовой медицинской экспертизы случаев лечения силами страховщиков; используются и другие методы защиты прав пациентов.

Можно выделить следующие проблемы реализации метода фондодержания в Калинградской области (*ГУ-ВШЭ, 2009*):

- Отсутствие сильной связи между размером дохода и клиническими результатами деятельности фондодержателей. Остаточный доход выплачивается без комплексной оценки деятельности учреждений-фондодержателей.
- Слишком высокие риски фондодержателей. Целесообразно установить предел финансовой ответственности фондодержателей за оплату дорогостоящих случаев: все расходы свыше определенного лимита оплачиваются напрямую страховщиком. Это даст возможность повысить финансовую устойчивость фондодержателей.
- Слабая мотивация фондодержателей в условиях объединенных больниц. В таких больницах основными зарабатывающими подразделениями являются лечебные отделения стационара. Поликлиника чаще всего направляет в свой стационар, который для нее «бесплатен», а внешние потоки пациентов контролируются ею слабо. В результате возможности фондодержателя как покупателя стационарной помощи очень ограничены.

Здесь же отметим, что несмотря на все проблемы реализации метода, фондодержание дало весьма ощутимые результаты в плане создания мотивации к реструктуризации системы оказания медицинской помощи и повышению ответственности поликлиник за состояние здоровье обслуживаемого населения. При очевидной тенденции к сокращению объемов стационарной и скорой медицинской помощи на одного жителя возможности получения этих видов помощи не сокращаются. Показатели здоровья населения также имеют позитивную динамику: происходит сокращение смертности (общей и в трудоспособном возрасте). По показателю детской смертности Калининградская область вышла на среднеевропейский уровень. Отмечается снижение смертности по социально значимым видам заболеваний (*Клюкова, 2009*).

Вместе с тем было бы неправильно рекомендовать прямое тиражирование проведенных здесь преобразований в других регионах страны. Необходимо учитывать особенности Калининградской области — небольшой размер региона, сильныйправленческий потенциал, позволяющий эффективно управлять системой в ручном режиме. Возможно, в других регионах целесообразнее

использовать менее радикальные подходы к проведению преобразований: не полное, а частичное фондодержание; использование не остаточного дохода, а моделей конечных результатов для экономической оценки деятельности ЛПУ; применение не сразу единых тарифов для всех типов ЛПУ, а индивидуализация тарифов в течение переходного периода.

Общая оценка реализации этого компонента проекта затруднена слабостью информационной базы о его содержании и результатах. С высокой степенью уверенности можно констатировать, что в большинстве регионов, рапортовавших о внедрении фондодержания, в лучшем случае делаются лишь первые шаги. Реальный опыт (тоже не очень большой) накоплен только в 2–3 регионах. Он дал первые, но очень обнадеживающие результаты.

1.2.4. РЕФОРМИРОВАНИЕ ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

В этом компоненте пилотного проекта участвовали 14 регионов (Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калининградская, Калужская, Ленинградская, Ростовская, Самарская, Свердловская, Тверская, Томская, Тюменская области, Чувашская Республика, Пермский и Хабаровский края).

В рамках пилотного проекта субъекты РФ должны были сравнить несколько методов оплаты труда медицинских работников и выбрать такой метод, который создавал бы самую сильную мотивацию к повышению объемов и качества медицинской помощи. Предлагалось сравнить преимущества и недостатки единой тарифной сетки (ETC) оплаты труда с применением стимулирующих надбавок, сочетания ETC и коэффициентов трудового участия работников и др.

Основное ожидание — отработка вариантов новой отраслевой оплаты труда для их последующего распространения в регионах.

В ходе реализации этого компонента проекта во всех регионах были введены доплаты медицинским работникам. При этом в 7 регионах (Белгородская, Калужская, Ростовская, Самарская, Ленинградская области, Чувашская Республика и Хабаровский край) вместо ETC в 2007 г. внедрены самостоятельно разработанные отраслевые системы оплаты труда медицинских работников. В Вологодской и Свердловской областях это было сделано с 2008 г.

Во Владимирской, Калининградской, Тверской, Томской областях нововведения состоят в дополнении ETC стимулирующими

выплатами врачам, определяемым и с помощью введенных критериев оценки качества их работы.

По Соглашениям планировалось, что доля ЛПУ, перешедших на новую систему оплаты труда, в общем числе учреждений здравоохранения в субъекте РФ составит в среднем 43,1 %. Реально удалось выйти на уровень 62,75 %. На новую систему оплаты труда перешли 599 пилотных учреждений (*ФОМС, 2009*).

Среднемесячный размер оплаты труда медицинских работников в пилотных учреждениях вырос на 71,7 % по отношению к уровню 2006 г. (планировался рост на 37 %) и составил 14,4 тыс. руб. (врачи — 18,9 тыс. руб., средний медицинский персонал — 11,1 тыс. руб.). Но этот рост учитывает двукратную индексацию заработной платы медицинским работникам: с 1 сентября 2007 г. на 15 % в федеральных ЛПУ и с 1 февраля 2008 г. на 14 % работникам бюджетных организаций.

Планируемый рост оплаты труда был достигнут и даже превзойден. Однако сложно сказать, в какой мере он обусловлен общими экономическими тенденциями и в какой — является результатом перехода на новую систему оплаты труда. Данные федеральной отчетности не позволяют судить о конкретных механизмах оплаты труда: они, по нашим сведениям, пока не обобщались и не анализировались. Наши данные об использовании новой системы оплаты труда в регионах-лидерах (Калининградская, Калужская, Тюменская области, Пермский край) свидетельствуют о некоторых общих тенденциях:

- Приняты региональные документы о переходе на новую систему оплаты труда, которые во многом повторяют федеральные рекомендации.
- Для некоторых видов медицинской помощи (чаще всего для первичной медико-санитарной помощи, ПМСП) были разработаны критерии оценки деятельности (набор показателей) и модели оценки результатов.
- Началась выплата стимулирующих надбавок по моделям оценки результатов.

Но даже в регионах-лидерах отработка вариантов новой отраслевой оплаты труда только началась. Накапливается первый опыт, который, по нашему мнению, пока еще недостаточен для обобщения.

1.2.5. ПРОЧИЕ ИННОВАЦИИ, РЕАЛИЗУЕМЫЕ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Некоторые регионы расширили набор нововведений сверх условий пилотного проекта. Ниже представлены наиболее интересные из них.

В *Тюменской области* осуществлен переход на оплату амбулаторно-поликлинической помощи на основе *сочетания метода оплаты законченного случая и подушевого норматива финансирования профилактических мероприятий*. Законченный случай понимается как нормирование числа посещений для каждого диагноза. Использование этого метода позволило избавиться от приписок посещений и оптимизировать их число. Но наибольший интерес представляет подушевое финансирование профилактических мероприятий. Его особенность состоит в том, что норматив финансирования рассчитывался на установленный набор мероприятий: вакцинопрофилактику, школы здоровья, диспансеризацию здорового населения, работу доврачебных кабинетов, санитарно-гигиеническое просвещение.

По каждому мероприятию разработаны показатели и действует модель оценки результатов. Реальные выплаты осуществляются только при условии достижения установленных нормативных показателей. Данная система оплаты является альтернативой фондоодержанию. Она создает определенные стимулы для профилактики, при этом не сопряжена с большими финансовыми рисками для АПУ. Последние могут выиграть от достижения установленных показателей, но не могут проиграть. Стимулирующий эффект безусловно ниже, чем при фондоодержании, но существует полная гарантия финансовой устойчивости учреждения. Эта система, на наш взгляд, заслуживает распространения в других регионах.

В *Калининградской области* предпринимаются усилия по *комплексной оценке деятельности медицинских учреждений на основе моделей конечных результатов*. Такие модели разработаны для каждого типа учреждений. Результаты оценки являются основой для формирования рейтингов ЛПУ. Рейтинги используются прежде всего для оценки деятельности руководителей учреждений и не учитываются при выплате остаточного дохода амбулаторно-поликлиническим учреждениям-фондоодержателям.

Представляет интерес также *проведение страховыми медицинскими организациями тематических экспертиз*. Предметом анализа является выполнение учреждением предусмотренных медицинским стандартом лечебно-диагностических мероприятий по большой совокупности случаев лечения отдельных заболеваний.

В частности, экспертизы проведены для оценки качества лечения пневмонии и инсульта. Планируется расширение таких экспертиз. Это даст возможность сформировать системы внеучебного управления качеством медицинской помощи и не ограничиваться только контролем качества. На этой основе можно повысить роль страховых медицинских организаций в предоставлении медицинской помощи застрахованным.

В *Пермском крае* помимо общих мероприятий проекта осуществляется ряд перспективных мероприятий. Первое — *конкурсное размещение заданий по обеспечению государственных гарантий*. Краевая и муниципальная комиссии проводят обработку предложений, полученных как от государственных, муниципальных учреждений, так и от частных медицинских организаций. Право на муниципальный заказ могут получить и учреждения других муниципальных образований. Расширяются сфера выбора учреждений и объем межтерриториальной помощи. Оценка участников конкурса осуществляется по критериям кадрового потенциала, технической оснащенности, диапазона применяемых методов диагностики и лечения.

Объем заданий в системе ОМС, размещенных в организациях — конкурсах муниципальных учреждений здравоохранения, в 2008 г. составил по амбулаторно-поликлинической помощи — 4,4% (по стоматологии 14,1%), по стационарной помощи — 1,6%, по медицинской помощи в дневных стационарах 13,9%. Наиболее впечатляющие результаты получены в городе Перми: по стационарной помощи эта доля составляет 14,5%.

Характерно, что медицинские организации, участвующие в конкурсах, в своих заявках на реализацию территориальной программы государственных гарантий в 2009 г. Перми в сумме указали объемы, превышающие плановые объемы: по амбулаторной помощи превышение предложения над спросом составило 25,5% (по числу посещений), по стационарной помощи (число койко-дней) 1,8%. Конкурентная среда заставляет медицинские организации выступать с более высокими планами (*Тришкин, 2009*).

В большинстве государственных учреждений здравоохранения на конкурсной основе переданы в частный сектор на аутсорсинг услуги по техническому обслуживанию медицинской техники, охранные услуги, услуги по стирке белья, медицинские услуги по диетологии (питание больных). Передаются и многие клинические услуги: по проведению лабораторных исследований, МРТ-исследований и др. Основными задачами аутсорсинга являются сниже-

ние стоимости услуг и обновление материально-технической базы с привлечением средств поставщиков услуг.

Конкурсное размещение заданий является рычагом создания конкуренции, но для этого нужны хорошо отработанные механизмы оценки качества медицинской помощи. Такая оценка в свою очередь требует разработки *системы измерения результатов деятельности* по детальной системе показателей. Этую задачу решают многие страны, взявшие на вооружение конкурентную модель. Она актуальна и для российского здравоохранения.

За 2006–2009 гг. объем размещаемых услуг по краевому сектору здравоохранения вырос с 170 млн до 527 млн руб., по муниципальному сектору — с 272 млн до 472 млн руб. Экономия от первоначальной стоимости услуг составила 5–7 % (50–70 млн руб.).

Другое важное направление — *автономизация амбулаторно-поликлинического звена*. В 2007 г. проведена реорганизация 29 муниципальных учреждений здравоохранения путем выделения поликлиник в самостоятельные юридические лица. В сельской местности планируется автономизация врачей общей практики с постепенным их выходом из состава центральных районных больниц и формирование новых юридических лиц. Уже создано 5 частных ОВП в трех муниципальных образованиях, 12 районов близки к созданию своих частных практик.

В регионе началась работа по *формированию рынка поставщиков медицинских услуг*. Эта работа включает:

- сдачу в аренду имущества учреждений здравоохранения для оказания медицинских услуг (аренда помещений и оборудования на основе экспертной оценки последствий передачи имущества в аренду);
- создание автономных учреждений здравоохранения — прежде всего на основе высвобождающихся мощностей;
- создание бизнес-инкубатора для поддержки малого бизнеса в здравоохранении (компенсация расходов на создание и лицензирование, льготы по аренде имущества, помочь в получении кредита и субсидирование процентной ставки, консультативная помощь);
- передачу объектов здравоохранения в концессию.

Эти мероприятия инициируются органами государственной власти. Они находятся на первом этапе реализации, но уже есть

признаки расширения частного сектора. В какой мере его развитие создает реальную конкурентную среду в здравоохранении — вопрос, на который пока нет ответа. Нам представляется, что конкурентную среду нужно развивать прежде всего в общественном секторе здравоохранения, поскольку он в обозримом будущем будет доминировать в отрасли.

1.2.6. РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

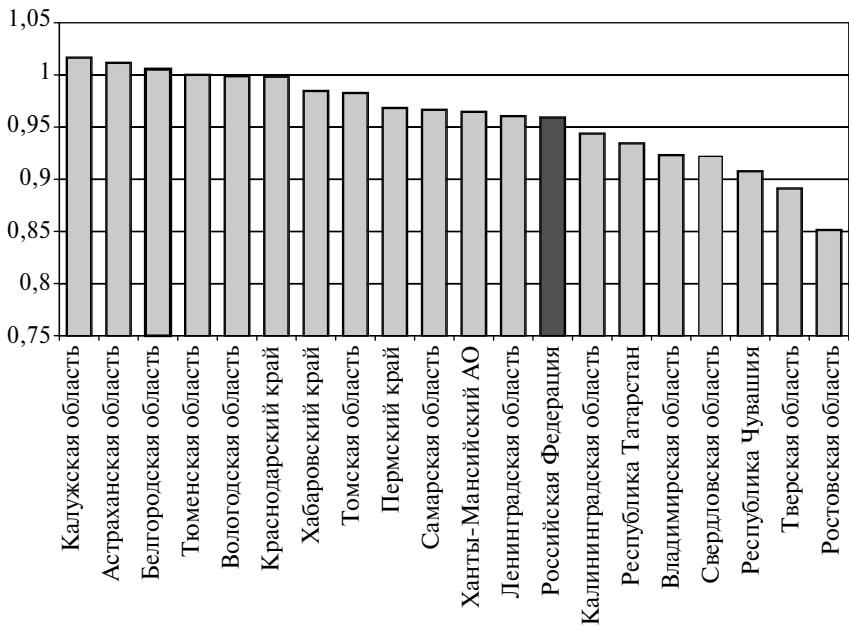
При оценке его результатов следует учитывать несколько факторов. Во-первых, реализация проекта совпала во времени с Национальным проектом «Здоровье», в рамках которого был проведен комплекс мероприятий, по своим масштабам и объему финансирования превышающий набор мероприятий пилотного проекта. Это затрудняет выделение «чистого» вклада пилотного проекта. Во-вторых, срок реализации проекта не позволяет анализировать динамику относительно консервативных показателей здоровья населения, к тому же большинство из них является результатом действия комплекса факторов, не контролируемых здравоохранением. В то же время вполне правомерно оценивать структурные изменения в системе здравоохранения — динамику объемов помощи в сравнении со средним показателем по российскому здравоохранению. В-третьих, следует учитывать, что в первые полгода проведения эксперимента значительная часть времени регионами была потрачена на подготовку преобразований. Минздравсоцразвития России практически не обеспечил участников проекта проработанными рекомендациями и методическими материалами. Участники проекта либо использовали уже имеющиеся у них наработки, либо были вынуждены разрабатывать нововведения уже в ходе эксперимента. Наконец, исходные условия реализации проекта существенно различались по регионам, что существенно осложняет анализ общих результатов проекта.

Новые финансовые механизмы создали стимулы для ускорения процесса реструктуризации регионального здравоохранения.

Данные докладов Минздравсоцразвития России о реализации Программы государственных гарантий позволяют оценить изменения в потребляемых объемах помощи, произошедшие в 2007–2008 гг. (табл. 1.2).

Объемы оказанной стационарной помощи (число койко-дней) в период 2007–2008 гг. неуклонно сокращались в 12 реги-

онах, лишь в 7 наблюдалось как сокращение, так и увеличение. Вместе с тем по всей Российской Федерации объемы стационарной помощи уменьшались, и только в 7 из 19 пилотных субъектов сокращение было более интенсивным, чем в целом по стране (рис. 1.1). Это может быть результатом различия исходных условий для преобразований: в субъектах с относительно невысокими объемами стационарной помощи сокращение количества койкодней происходило менее интенсивно. В тех 12 регионах, где объемы стационарной помощи сокращались медленнее, чем в целом по стране, в 2006 г. и количество койкодней было в среднем меньше, чем в прочих пилотных регионах (2,78 койкодня на 1 жителя против 2,86) и меньше среднероссийского показателя (2,78 койкодня против 3).



**Рис. 1.1. Изменение количества койкодней в больницах на 1 жителя в регионах пилотного проекта
(коэффициент прироста в 2008 г. по отношению к 2006 г.)**

Описанный механизм характеризует и изменение количества вызовов скорой помощи (рис. 1.2). Не сокращение, а некоторый рост количества вызовов в 2007–2008 гг. наблюдался в субъектах, которых в 2006 г. отличало низкое значение этого показателя (Ле-

нинградская область, Пермский край и Республика Татарстан). Однако в 12 из 19 pilotных регионов объемы оказываемой скорой медицинской помощи в рассматриваемый период снижались, при том что по России в целом значение данного показателя было относительно стабильным.

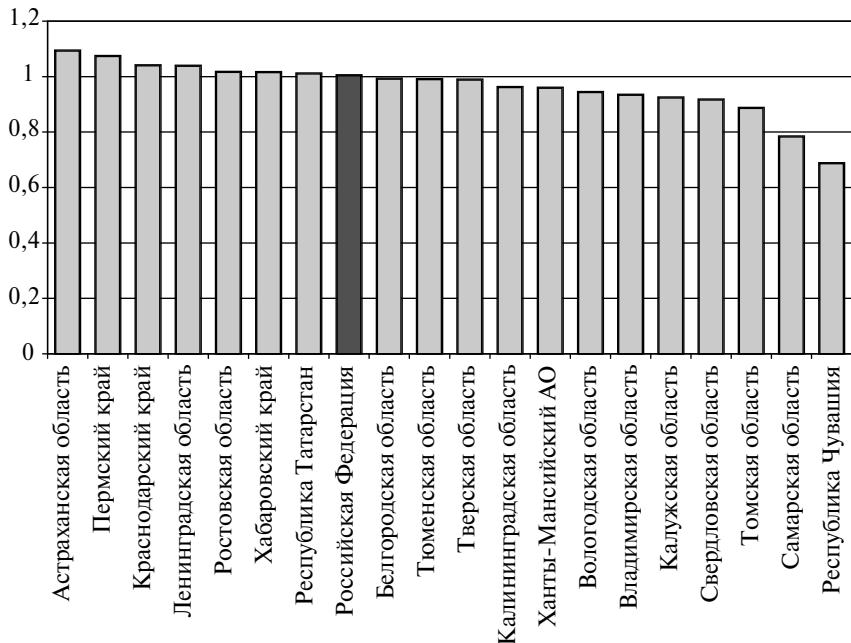


Рис. 1.2. Изменение количества вызовов скорой помощи на 1 жителя в регионах pilotного проекта (коэффициент прироста в 2008 г. по отношению к 2006 г.)

Развитие стационарзамещающих технологий происходило практически во всех регионах, участвующих в pilotном проекте: в 2007–2008 гг. количество пациентодней увеличилось в 16 из 19 субъектов, в 10 из них темпы превысили среднероссийские (рис. 1.3). На общем фоне выделяются относительно высокие темпы роста в Тюменской и Вологодской областях. Если Тюменская область в 2006 г. по объемам помощи данного вида была на последнем месте среди pilotных и была вынуждена усиленно развивать оказание помощи в дневных стационарах, то Вологодская область изначально оказывала данную помощь в количестве, соответствующем среднему показателю по стране.

Таблица 1.2

Объемы медицинской помощи в расчете на 1 жителя в pilotных регионах в 2006–2008 гг.¹

Регион	Число вызовов скорой мед. помощи		Число посещений АПУ	Число койко-дней в больницах	Среднее число дней лечения одного больного в стационаре		Число пациенто-дней в дневных стационарах
	2006 г.	2007 г.			2006 г.	2007 г.	
Российская Федерация	0,342	0,345	8,527	8,736	9,126	9,002	2,911
Белгородская область	0,32	0,318	0,317	0,317	0,775	0,751	9,218
Владимирская область	0,37	0,365	0,345	0,345	8,283	8,427	8,943
Калужская область	0,35	0,325	0,323	0,323	7,33	7,283	8,711
Тверская область	0,391	0,374	0,386	0,386	6,238	6,305	6,33
Волгоградская область	0,419	0,393	0,395	0,395	8,326	8,256	8,334
Калининградская область	0,356	0,35	0,342	0,342	6,934	6,292	7,473
Ленинградская область	0,297	0,31	0,308	0,308	6,331	6,415	6,708
Краснодарский край	0,358	0,383	0,372	0,372	7,184	7,936	8,995
Астраханская область	0,414	0,438	0,452	0,452	8,213	8,34	8,323
Ростовская область	0,388	0,385	0,394	0,394	7,453	8,624	8,784
Республика Татарстан	0,313	0,341	0,316	0,316	8,363	8,644	8,482
Республика Чувашия	0,372	0,263	0,255	0,255	9,777	9,926	10,128
Пермский край	0,317	0,346	0,34	0,34	8,456	8,57	8,788
Самарская область	0,34	0,283	0,266	0,266	8,491	8,117	8,45
Свердловская область	0,344	0,322	0,315	0,315	9,255	8,97	8,482
Тюменская область	0,354	0,353	0,35	0,35	8,515	8,287	8,399
Ханты-Мансийский АО	0,357	0,357	0,342	0,342	10,44	10,719	10,644
Томская область	0,409	0,414	0,362	0,362	8,278	8,196	7,841
Хабаровский край	0,416	0,423	0,422	0,422	8,968	8,764	8,654

¹ Источник: Доклады Минздравсоцразвития России о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006–2008 гг. <http://www.minsdravsoc.ru/health/guarantee>

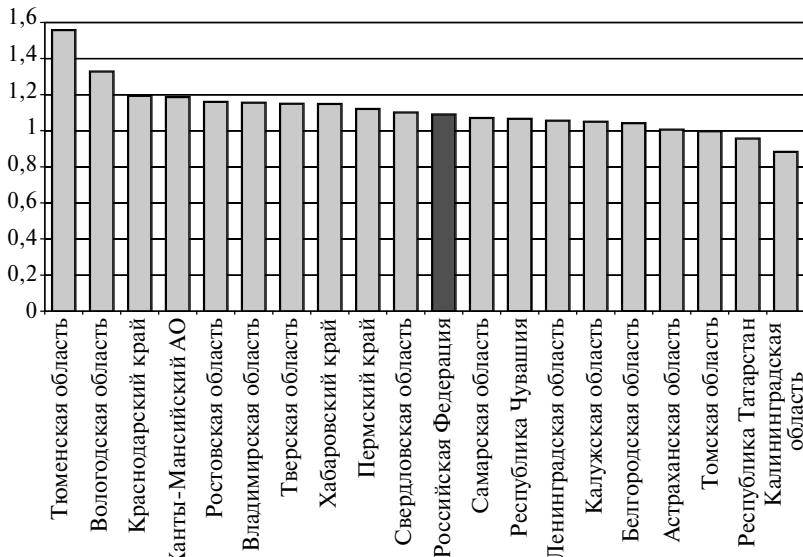


Рис. 1.3. Изменение количества пациентодней в дневных стационарах на 1 жителя в регионах пилотного проекта (коэффициент прироста в 2008 г. по отношению к 2006 г.)

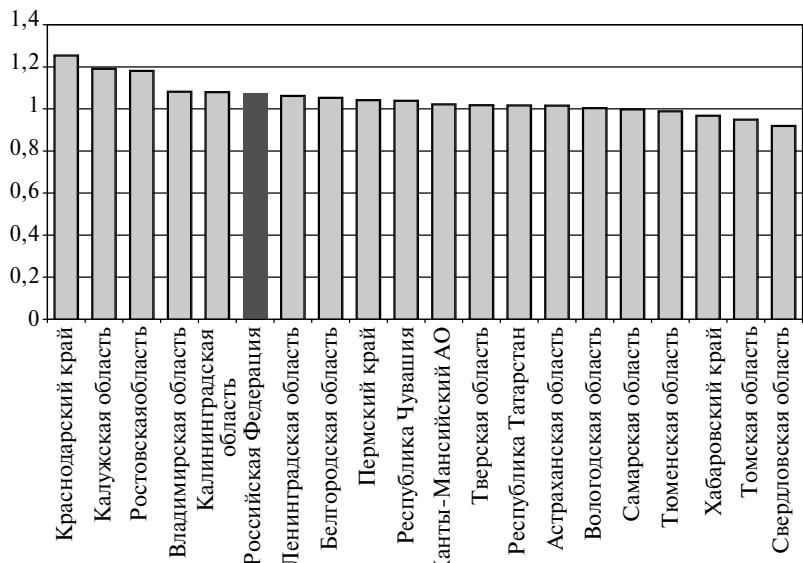


Рис. 1.4. Изменение количества посещений АПУ на 1 жителя в регионах пилотного проекта (коэффициент прироста в 2008 г. по отношению к 2006 г.)

В большинстве пилотных регионов, как и в целом по России, происходит увеличение количества амбулаторных посещений (рис. 1.4). Показатели роста оказались особенно велики в Краснодарском крае, Калужской и Ростовской областях — субъектах, где в начале реализации пилотного проекта уровень посещений был относительно невелик. В 2007–2008 гг. сокращение количества амбулаторных посещений происходило лишь в трех пилотных регионах — Калининградской и Томской областях и Республике Татарстан.

1.3

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫХ МЕХАНИЗМОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, АПРОБИРОВАННЫХ В ХОДЕ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Опыт пилотного проекта подтверждает, что его осуществление является необходимым элементом создания эффективной системы финансирования здравоохранения. Аккумулирование средств в системе ОМС позволит осуществить переход к системе единого плательщика за медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет государства. На этой основе можно обеспечить единство финансового планирования, создать рациональную систему экономических стимулов для ЛПУ, нацеленных на вывод из системы излишних мощностей и оптимизацию объемов медицинской помощи. Страховщик получит реальные финансовые рычаги влияния на процесс реструктуризации системы. Принцип оплаты реально оказываемых медицинских услуг станет универсальным.

Переход на страховой принцип формирования и распределения средств будет способствовать ликвидации искусственных перегородок между источниками финансирования отдельных, технологически взаимосвязанных видов медицинской помощи. Появится возможность создавать механизмы, стимулирующие все взаимосвязанные звенья системы здравоохранения к достижению совместными усилиями экономии в том или ином затратном звене оказания медицинской помощи.

Переход на одноканальную систему финансирования происходил более интенсивно в тех регионах, где органы государственной власти сократили объем дотаций территориям и на этой основе повысили взнос на ОМС неработающего населения. Этот механизм

представляется предпочтительным по сравнению с механизмом передачи средств муниципальных образований региональному бюджету для последующего направления их в систему ОМС в составе ассигнований на ОМС неработающего населения.

В то же время вполне очевидно, что использование столь масштабного перераспределения средств связано с политическими издержками для региональной власти, поскольку оно означает уменьшение размеров бюджетных средств, которые в конечном итоге поступают в распоряжение муниципальных органов власти. Эксперимент показал, что по такому пути пошла лишь часть pilotных регионов. Это свидетельствует о сильной заинтересованности муниципальных образований в сохранении статус-кво даже вопреки очевидной экономической целесообразности. Чтобы преодолеть эту ситуацию, помимо политической воли необходимы новые механизмы координации деятельности государственной и муниципальной властей. Соглашения между ними должны устанавливать более конкретную меру ответственности муниципальной власти за финансирование здравоохранения в части затрат, выходящих за пределы фиксированных издержек муниципальных учреждений, возмещаемых в системе ОМС. Муниципальные образования отвечают за «хвостовые расходы», превышающие затраты, включенные в тарифы по ОМС (подробнее см. разд. 4).

Результаты pilotного проекта подводят к выводу о целесообразности введения других механизмов формирования средств здравоохранения. Снижению административных и политических издержек перехода к одноканальному финансированию может способствовать *переход на страховой принцип финансирования и повышение размера «маркируемой» части государственных расходов на здравоохранение*. Планируемое в 2011 г. введение страхового взноса и повышение размера отчислений с 3,0 до 5,1 % фонда оплаты труда позволит аккумулировать большую часть поступлений из всех источников в системе ОМС. Это обеспечит растущий приток средств в систему ОМС, сократит зависимость от бюджетных приоритетов регионов. В то же время и при этом варианте проблема объединения бюджетных и страховых средств не будет полностью решена. Бюджет останется важным источником средств здравоохранения.

Другой механизм — *регулирование размера взноса на ОМС неработающего населения*. В последние 2–3 года отмечается повышение федеральных требований в отношении общего размера бюджетно-

го финансирования здравоохранения в регионах: устанавливается подушевой норматив финансирования здравоохранения, причем он постоянно увеличивается и в растущей мере приобретает обязательный характер. Целесообразно устанавливать не общий подушевой норматив, а размер взноса на ОМС неработающего населения (разумеется, с необходимой региональной дифференциацией). Это даст возможность канализировать большую часть средств субъектов РФ в систему ОМС.

В сочетании эти два механизма (повышение взноса работодателей и регулирование размера взноса на ОМС неработающих) могут обеспечить более быстрый переход на одноканальную систему финансирования здравоохранения.

Эксперимент с оплатой стационарной помощи с учетом требований медицинских стандартов дал возможность накопить необходимую информацию для учета реальных затрат лечения конкретных случаев заболеваний. Эту работу необходимо продолжать. В то же время данный эксперимент показал, что оплата по МЭСам не может быть главным методом оплаты стационарной помощи. Необходим переход на укрупненные единицы оплаты. Что же касается оплаты с учетом за результат, то должны быть разработаны конкретные показатели деятельности больниц (а не просто исходы лечения конкретных случаев).

Дальнейшая отработка системы фондодержания, на наш взгляд, должна сосредоточиться на следующих направлениях:

- обеспечение реального контроля фондодержателя за внешними потоками пациентов;
- развитие системы внутриучрежденческих взаиморасчетов на основе учета поступлений и расходов участковых служб в составе крупных поликлиник;
- уточнение порядка подушевого финансирования фондодержателей;
- совершенствование порядка учета качественных характеристик деятельности фондодержателей;
- отработка альтернативных вариантов стимулирования первичного звена.

Подробно эти механизмы рассматриваются в разд. 4.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЕЕ ЗАДАЧАМ И ИНСТРУМЕНТАМ

В разделе анализируются объективные показатели потребления лекарственных средств населением России в сравнении с аналогичными показателями в других странах, а также оценки удовлетворенности различных групп населения доступностью лекарств. При рассмотрении основных документов, регулирующих обеспечение доступности лекарственной помощи для населения и рациональности расходования государственных ресурсов, выявляются зоны неэффективности регулирования и приводятся примеры возможных механизмов регулирования, используемых в других странах. На примере мирового опыта обеспечения доступности лекарств для населения предлагаются организационные решения, которые могли бы улучшить ситуацию с лекарственным обеспечением в Российской Федерации.

2.1

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕСУРСОВ

Результативность лекарственного обеспечения населения любой страны должна оцениваться прежде всего с точки зрения обеспечения доступности лекарственных средств для населения. Доступность лекарств — это реализация возможности удовлетворить потребности всех пациентов (включая социально незащищенные группы населения) в соответствии с терапевтическими показаниями. Наиболее важными элементами, определяющими уровень доступности лекарственных средств для населения, являются:

- объемы государственного финансирования лекарственного рынка;
- особенности государственного регулирования ценообразования на лекарственные средства;
- определение льготных категорий населения и способов компенсации их затрат на лекарственные средства.

Для выстраивания баланса между реальными ресурсными возможностями государства и существующими потребностями населения необходимо формирование государственных механизмов, обеспечивающих рациональность использования лекарственных средств. Наиболее распространенными методами, способствующими повышению рациональности использования лекарственных средств, являются:

- регулирование рецептурного / безрецептурного отпуска;
- стимулирование рациональной выписки;
- соплатежи пациентов.

Обеспечение лекарственными средствами населения Российской Федерации осуществляется в рамках негосударственного (коммерческого) и государственного сегментов фармацевтического рынка (далее – фармрынок). Коммерческий сегмент фармрынка включает аптечные продажи готовых лекарственных средств за счет личных средств граждан, без учета продаж по программам социальных гарантий. Государственный сегмент фармрынка включает аптечные продажи лекарственных средств по программам социальных гарантий, а также реализацию медикаментов через ЛПУ. Лекарственные средства этого сегмента для граждан бесплатны или отпускаются с 50 %-ной скидкой.

Структура российского фармрынка за первое полугодие 2009 г. по сравнению с аналогичными периодами прошлых лет приведена на рис. 1. Приложения 2.1. В первой половине 2008 г. доля государственного участия в общих затратах на лекарства в РФ составила 31,8 %. В первой половине 2009 г. она уменьшилась до 23,6 %. Таким образом, произошло заметное смещение структуры фармрынка в сторону коммерческого сегмента. Для сравнения: доля государственного участия в общих затратах на лекарства в различных странах мира приведена на рис. 2 Приложения 2.1 и составляет в этих странах, исключая Мексику и Соединенные Штаты, от 38 до 88 %.

2.1.1. СТРУКТУРА И ОБЪЕМЫ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПО СЕГМЕНТАМ РЫНКА

2.1.1.1. Негосударственный сегмент фармацевтического рынка

Подушевое потребление лекарственных средств в коммерческом сегменте российского рынка составляет (в ценах конечного потребления) 19,1 долл. США (*IMS Health, 2009a*), что существенно ниже аналогичных показателей в других странах (страны ОЭРС — в среднем 413 долл. США). Низкий объем потребления связан с низкой экономической доступностью лекарств для населения в России, поскольку стоимость лекарственных средств в этом сегменте пациентам не компенсируется, а полностью ложится на бюджет домохозяйств.

По данным *DSM Group, 2009*, по итогам 9 месяцев 2009 г., емкость коммерческого рынка лекарственных средств в ценах закупки аптек выросла на 25 % по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. и составила 157 млрд руб. В натуральном выражении за тот же период потребление лекарств населением снизилось на 9 %, а средневзвешенная стоимость упаковки выросла на 37 %. Между тем, по данным Госкомстата (*ГКС, 2009*), индекс роста потребительских цен в России составляет всего 8,1 %. При этом рост цен на отечественные лекарственные препараты был значительно меньшим, чем на импортные (*DSM Group, 2009*). Основной рост коммерческого рынка лекарств пришелся на первый квартал этого года, тогда как рост цен составил 14 %. При этом цены на лекарства в России значительно выше, чем на международном рынке. Сравнение медианных дистрибуторских цен на 52 лекарственных препарата показывает, что в России цены превышают международные контрольные цены в среднем в 3–4 раза.

На российском рынке наблюдается также значительный разброс цен в рамках одного и того же класса лекарственных препаратов. Так, в Санкт-Петербурге в марте 2008 г. максимальная цена на эквивалентные лекарства превышала минимальную в целом в 5 раз, а к марта 2009 г. это соотношение увеличилось до 10 раз (*ВВ, 2009*). Аналогичные факты отмечаются и в Докладе формульного комитета РФ (*ФК РФ, 2009*).

По итогам 9 месяцев 2009 г. стоимость средневзвешенной упаковки лекарственных препаратов продолжала увеличиваться, превысив аналогичный показатель 2008 г. на 37 % (*DSM Group, 2009*).

Население, вынужденное покупать лекарства, стало покупать их по более дорогой цене (рис. 3 Приложения 2.1).

Структура безрецептурного и рецептурного отпуска

Коммерческий сегмент рынка за 9 месяцев 2009 г. в ценовом выражении представлен на 52% рецептурными (Rx) препаратами и на 48% – безрецептурными (OTC) препаратами. При этом в натуральном выражении доля безрецептурных препаратов составила 75% (*DSM Group, 2009*). Сегмент безрецептурного отпуска в России более значительный, чем в других странах. Так, в структуре фармрынка Европы Rx-препаратам принадлежит большая доля (83–85%). Доминирование Rx-препаратов объясняется жесткими мерами по отношению к отпуску ЛС. Несмотря на то что за последние несколько лет в Европе наблюдается активный рост популярности самолечения и снижение роли врача в формировании спроса на лекарства, пока эти факторы не повлекли за собой реструктурирование рынков OTC- и Rx-препараторов (*Ченцова, 2007*).

Лекарственные средства отечественного и зарубежного производства

На коммерческом сегменте рынка преобладают импортные препараты. Соотношение импортных и отечественных средств в первом полугодии 2009 г. составило соответственно 76 против 24% в ценовом выражении и 59 против 41% по количеству наименований (*Тельнова, 2009а*). На протяжении последних лет доля импортных препаратов в коммерческом секторе стабильно существенно превышает долю отечественных лекарств (*Фармэксперт, 2009 а, б*), что усугубляет ситуацию снижения экономической доступности лекарств в период кризиса.

В России отсутствует целенаправленная политика стимулирования рационального потребления лекарств в этом секторе фармрынка. Безрецептурные препараты без ограничений рекламируются в средствах массовой информации. Приобретение препаратов по Интернету делает невозможным контроль за качеством лекарственных средств и обоснованностью их приема. Высокий уровень самолечения не является предметом внимания органов государственного управления.

На выбор препаратов рецептурного отпуска зачастую влияет маркетинговая политика фармпроизводителей и фармдистрибутеров (*ФК РФ, 2009*). Законодательных ограничений на продвиже-

ние отдельных препаратов через врачей первичного звена в России нет. Кроме того, в России нет нормативного регулирования дженерической (сионимической) замены.

Таким образом, высокий уровень цен на лекарства, отсутствие должного контроля за этими ценами, слишком большая доля импортных препаратов на рынке при опережающем росте цен на них, слишком большой сегмент безрецептурного отпуска, свободная реклама фармпродукции, отсутствие необходимых мер контроля и регулирования назначений могут приводить в условиях кризиса к еще большему ухудшению экономической доступности лекарственных средств и состояния здоровья нации в России, чем в странах с жесткой системой регулирования фармрынка.

2.1.1.2. Государственный сегмент фармацевтического рынка

В основе существующей системы лекарственного обеспечения в государственном сегменте фармрынка лежит принцип государственной компенсации расходов на медикаменты для отдельных категорий населения, выделяемых по следующим признакам: состояние больного (в рамках стационарной помощи); вхождение в льготную категорию граждан (федеральные и региональные льготники); наличие определенных социально значимых и/или дорогостоящих в лечении заболеваний; профессиональный статус (в частности, военнослужащие, компенсация для которых идет из ведомственного бюджета).

Участие государства в лекарственном обеспечении граждан осуществляется в рамках следующих социальных гарантий:

1. Лекарственное обеспечение, предусмотренное Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи при стационарном лечении за счет средств обязательного медицинского страхования.

2. Государственная социальная помощь отдельным категориям граждан, предусмотренная Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», при амбулаторно-поликлинической помощи в рамках программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами (программа ДЛО/ОНЛС). В 2005 г. в программу были включены 14,8 млн человек. В 2009 г. сохранили свое право на получение лекарств в рамках этой программы 5,2 млн человек, в 2010 г. их останется 4,2 млн. Остальные граждане, относящиеся к этой категории, могут полу-

чать лекарственные средства в рамках региональных программ социальных гарантий.

3. Обеспечение лекарствами при амбулаторно-поликлинической помощи по 7 высокозатратным нозологическим формам заболеваний по утверждаемому Правительством Российской Федерации перечню лекарственных средств (программа ВЗН), централизованно закупаемых за счет средств федерального бюджета. Число граждан, имеющих право на эту социальную гарантию, составляет 60,3 тыс. человек.

4. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан и больных отдельными видами заболеваний, входящих в региональные перечни по обеспечению лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения, отпускаемыми по рецептам врачей бесплатно или с 50 % скидкой, при амбулаторно-поликлинической помощи в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890. Оценочное число граждан, потенциально имеющих право на эту социальную гарантию, 22 млн человек.

5. Обеспечение лекарствами для лечения отдельных социально значимых заболеваний. Осуществляется частично за счет централизованных закупок в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2006–2011 гг.)», частично — за счет средств, выделяемых в рамках национального проекта «Здоровье».

6. Реализация государственной политики в области иммунопрофилактики, предусмотренной Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний». Вакцинация в соответствии с Национальным календарем прививок является расходным обязательством федерального бюджета и обеспечивается соответствующими централизованными закупками. Вакцинация по эпидемиологическим показаниям является расходным обязательством бюджетов субъектов Российской Федерации.

Программы ДЛО/ОНЛС и ВЗН

Лекарственные средства по программам ДЛО/ОНЛС и ВЗН относятся к сегменту рецептурного (Rx) отпуска. Закупки осуществляются на аукционах, проводимых в отношении программ ВЗН — на федеральном уровне, в отношении программы ДЛО/ОНЛС — в субъектах РФ.

Сложившееся соотношение импортных и отечественных препаратов в программе ДЛО/ОНЛС следующее: 94 против 6 % в стоимостном выражении, 66 против 34 % по количеству упаковок. За 5 лет реализации программы ДЛО/ОНЛС объем отечественных лекарственных средств в общем объеме реализации лекарственных средств уменьшился от 20 до 6 % (*Тельнова, 2009 a*).

Низкое качество планирования закупок наряду с ростом стоимости препаратов в условиях недостаточного ценового регулирования привели к тому, что при постоянном уменьшении числа льготополучателей по программе ДЛО/ОНЛС наблюдается удельный рост расходов на реализацию этих программ. При этом фактические расходы постоянно превосходят планируемые (рис. 4 Приложения 2.1). По итогам первого полугодия 2009 г. было потрачено 39,9 млрд руб. (55 %). На 2010 г. объявленная сумма составляет 88,4 млрд руб. (рост на 21 %) при сокращении количества оставшихся в программе на 18,9 %.

Организация региональных закупок для программы ОНЛС

По программе ДЛО/ОНЛС регулирование цен происходит путем организации закупок, которые с 2008 г. проводятся на аукционах, организуемых субъектами РФ. Рост средней цены в этой программе составил 56,4 %, при этом об отсутствии должного государственного регулирования в сфере осуществления закупок свидетельствуют значительные различия в изменениях средних контрактных цен в разных регионах: в Санкт-Петербурге рост составил 0,73 %, а в Московской области – 160 % (*IMS Health, 2009c*).

Доминирование импортных препаратов в структуре закупок приводит к экономическим потерям. Анализ результатов закупок субъектами РФ лекарственных средств в рамках программы ДЛО/ОНЛС в 2008 г., проведенный Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, показал, что за счет бюджетных средств закуплено импортных препаратов, имеющих отечественные аналоги, на сумму 9,8 млрд руб., или 30 % выделенных средств. С учетом реальных мощностей российского фармпроизводства замена импортных препаратов на отечественные была целесообразна в 6350 случаях, что позволило бы сэкономить в рамках государственных закупок в 2008 г. более 2,3 млрд руб. Эта потенциальная экономия равна среднемесячному расходу в рамках программы ДЛО/ОНЛС в 2008 г. Максимальный объем закупок импортных лекарственных препаратов, имеющих оте-

чественные аналоги, был в Московской области — 528 млн руб. (*Тельнова, 2009c*).

Согласно результатам анализа за первое полугодие 2009 г., замена импортных препаратов на отечественные была целесообразна в 5351 случае. Суммарная экономия за полугодие могла составить 1,326 млрд руб., что равно трехнедельному расходу средств в рамках программы ДЛО/ОНЛС. При этом в денежном выражении госзакупки отечественных ЛС уменьшились с 6,5% (по итогам аналогичного периода 2008 г.) до 4,5–5%. В целом по России средняя цена закупленных в первом полугодии 2009 г. импортных лекарственных средств, имеющих отечественные аналоги, — 2140,79 руб., средняя цена отечественных аналогов — 1322,61 руб., средняя разница составляет 818,18 руб. Максимальные резервы потенциальной экономии отличны в Московской, Ростовской, Иркутской, Самарской областях, Москве, Санкт-Петербурге, Красноярском крае (*Тельнова, 2009b*).

О нарушениях проведения аукционов заявляли в феврале 2009 г. представители компаний — членов Ассоциации российских фармпроизводителей (АРФП). Они привели конкретные примеры, когда конкурсная документация в регионах РФ составляется с указанием целого ряда дополнительных параметров, которые соотносят каждый лот с конкретным лекарственным средством от конкретного производителя, которое зачастую в разы превышает стоимость отечественного аналога (*Фарминдекс, 2009*).

Проблемы планирования в государственных программах лекарственного обеспечения

Сумма товарных остатков лекарственных средств, закупленных в рамках государственных программ, к сентябрю 2009 г. достигала 23,5 млрд руб. и имела тенденцию к увеличению в натуральном выражении (*Тельнова, 2009b*). В сегменте ОНЛС остатки лекарственных препаратов превышают полугодовую потребность в 7 субъектах РФ, в сегменте ВЗН — в 37 субъектах. Причем в 9 субъектах из этих 37 товарные остатки превышают девятимесячную потребность.

Весьма значительны остатки лекарственных препаратов с ограниченным сроком годности. В сегменте ОНЛС эта величина составляет в среднем 13,3% всех запасов, предназначенных для реализации программы (около 5 млрд руб.), причем в отдельных субъектах она составляет 40–60%; в сегменте ВЗН — в сред-

нем 3,4 % (более 1 млрд руб.), но в отдельных субъектах — 20–30 % (*Тельнова, 2009b*).

В программе отсутствует должный контроль за рациональностью и обоснованностью назначений. К концу октября 2009 г. сумма поставок лекарств составила 69,8 млрд. руб., что на 21 % больше объемов в аналогичном периоде 2008 г. При этом отпуск лекарственных препаратов увеличился на 36 %, что составило 58,9 млрд руб. (*Тельнова, 2009b*). Продолжение тенденции опережающего роста отпуска может привести к необходимости выделения дополнительных средств на реализацию этих программ и в 2009 г.

Таким образом, главными организационными проблемами в реализации программ ОНЛС и ВЗН являются низкое качество координации и управления программами. Передача полномочий по реализации социальных гарантий субъектам РФ привела к потере контроля и управляемости в системе закупок.

На основании приведенных данных можно выделить следующие изъяны *организации и планирования в рамках государственных программ лекарственного обеспечения*:

1. Низкое качество организации работы по ведению регистров пациентов. Даже в программе ВЗН, в которой участвуют всего около 60 тыс. человек, первоначально регистры создавались и актуализировались фармпоставщиками или пациентскими организациями. В программе ОНЛС и особенно в региональных программах социальных гарантий проблема стоит еще остро.

2. Низкое качество планирования потребности в лекарственном обеспечении и формирования заявок на государственные закупки. Во многом проблема связана с отсутствием достоверного персонифицированного учета в системе медицинского обслуживания и с разобщенностью различных участников системы здравоохранения. Не выстроена система оперативного информационного обмена при изменении состава участников или их потребности в лекарственном обеспечении в течение года.

3. Низкое качество управления товарными запасами. Проблема усугубляется невозможностью централизованного управления или обмена товарными остатками между субъектами РФ. В результате препараты, которых не хватает в одном субъекте РФ и на которые выделяются дополнительные средства, могут храниться на складах другого субъекта РФ.

4. Нерациональная закупка препаратов при проведении аукционов и нарушения в организации тендеров, приводящие к необоснованным закупкам более дорогих препаратов.

Основной системной проблемой реализации программы ДЛО/ОНЛС следует считать нарушение страхового принципа и очевидный ухудшающий отбор, наблюдаемый в программе. При этом лекарственное обеспечение граждан, получивших денежную компенсацию вместо набора социальных услуг, легко дополнительным бременем на региональные бюджеты. Это привело к снижению доступности лекарственных средств для населения, особенно на фоне финансового кризиса.

Рациональность назначений

При анализе персонифицированных данных о выписке лекарственных средств при конкретных заболеваниях выявляются значительные расхождения между реально выписываемыми лекарственными средствами и утвержденными стандартами лечения при этих заболеваниях. Так, при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы степень соответствия реальной выписки и стандарта колеблется в пределах от 17,8 до 47,6% (*Кельманзон, 2009*). Например, при лечении острого инфаркта миокарда реально выписано лекарств, относящихся к 287 международным непатентованным наименованиям (МНН), в то время как стандартом предусмотрено только 10 МНН (препараты из этих 10 наименований назначались только в 17,8% случаев). При онкологических заболеваниях реальная выписка соответствует стандартам в 9,7–66,7% случаев, в зависимости от диагноза (*Попович, 2009б*). При этом, по мнению Формулярного комитета России (*ФК РФ, 2009*), в стандарты и в списки ДЛО не включены эффективные противоопухолевые препараты. Таким образом, проблема недостаточно эффективной стандартизации медицинской помощи усугубляется нерациональным и необоснованным назначением лекарственных средств.

Оценка гражданами доступности лекарственной помощи

Государственные гарантии в рамках программ ОНЛС и ВЗН позволили существенно увеличить доступность лекарственных средств для отдельных категорий граждан. Высокая оценка удовлетворенности пациентов, показанная в ходе опросов общественных организаций инвалидов, доказывает эффективность

государственной политики обеспечения доступности лекарств в рамках программы ВЗН (*Опрос ОOOИБРС, 2009*). В отношении результативности государственной программы ОНЛС этого сказать не представляется возможным. Ежегодно внутри отчетного периода происходит рост числа участников программы ОНЛС за счет первичного установления диагнозов и присвоения инвалидности пациентам, но в октябре, в период принятия решения, несмотря на очевидную потребность в лекарственных препаратах, значительное их число покидает программу, предпочитая денежную компенсацию. При этом государственные гарантии покрывают обеспечение лекарственными средствами в амбулаторных условиях лишь сравнительно небольшой категории населения. Поэтому определяющее воздействие на доступность лекарственной помощи в стране оказывает уровень доходов граждан, который напрямую связан с возможностью реализации их трудовой функции.

В соответствии с опросом о влиянии роста цен на бюджет домохозяйств, проведенным Фондом общественного мнения в октябре 2009 г. (44 субъекта РФ, 100 населенных пунктов, 2000 опрошенных), рост цен на лекарства наиболее ощутимо сказался на бюджете 38 % респондентов. При этом более значительно это влияние ощутили жители крупных и средних городов (38–42 % респондентов) (*ФОМ, 2009*).

В докладе Всемирного банка (*ВБ, 2009*) приведены данные, свидетельствующие о возможном катастрофическом влиянии происходящего повышения цен на лекарства для бюджета бедных и среднеобеспеченных домохозяйств. Эти данные подтверждаются в исследовании ВЦИОМ, проведенном 5–6 сентября 2009 г. Опрошено 1600 человек в 140 населенных пунктах 42 областей, краев и республик России. Опрос показывает, что 45 % россиян регулярно покупают лекарства. Меньше стало тех, кто вообще никогда не покупают лекарства (15 % против 21 % в 2005 г.). За 2005–2009 гг. стало в полтора раза больше тех, кого не устраивает ситуация с лекарствами, сложившаяся в их населенном пункте (с 38 до 64 %), и почти в два раза меньше тех, кого это положение устраивает (с 53 до 27 %). Каждый второй опрошенный свидетельствует о том, что привычные лекарства стали менее доступными, причем с 2005 г. таких респондентов стало вдвое больше (52 % против 27 %). Особенно драматично складывается ситуация для пенсионеров: 73 % из них считают, что в последнее время лекарства стали им значительно менее доступны из-за цены (*ВЦИОМ, 2009*).

Выводы

Негативная экономическая ситуация в 2009 г. привела к росту цен на медикаменты, что уменьшило возможности населения (прежде всего бедных категорий) приобретать необходимые лекарственные средства за счет личных средств. Проводимые социологические исследования демонстрируют снижение удовлетворенности населения, в первую очередь пенсионеров, состоянием лекарственного обеспечения в России. Это может привести к нарастанию социальной напряженности в обществе.

Однако и у работающего населения происходит снижение покупательной способности в связи с сокращением реальных доходов. Это может привести к смене приоритетов в затратах до-мохозяйств, отказу от покупки лекарственных средств в пользу продуктов питания. Учитывая, что Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи для большей части населения не предусмотрено финансирование лекарственных средств, назначаемых при амбулаторном лечении, снижение экономической доступности медикаментов может привести к тому, что российские граждане, не относящиеся к льготным категориям, но нуждающиеся в лекарствах для лечения хронических заболеваний на ранних этапах (например, гипертоники, которым необходимо ежедневно принимать соответствующие лекарства), просто откажутся от приобретения этих лекарств, что впоследствии обернется более дорогостоящим лечением (например, потребуется госпитализация по поводу инсульта, которого можно было бы избежать). В случае с онкологическими больными на ранних стадиях выявленного заболевания, когда больные еще не входят в программу ОНЛС, а своевременное медикаментозное лечение позволило бы сохранить трудоспособность, отсутствие возможности приобретать дорогостоящие препараты приведет к утяжелению заболевания, переходу на инвалидность и потере трудоспособности.

Не лучше обстоит дело и в сегменте ОНЛС. Начало реализации программы ДЛО/ОНЛС, которая задумывалась как страховая система, реально увеличило доступность ЛС для отдельных льготных категорий населения. Однако методологическая ошибка, допущенная при разработке документа и позволяющая гражданам льготных категорий выходить из программы, разрушила страховой принцип. Здоровые граждане, забрав деньги и выйдя из программы, ухудшили риски и повысили убыточность системы. Это означает,

что «плохие» риски, оставшиеся в программе, стали требовать более высокого подушевого норматива финансирования. Однако конструкция закона такова, что при увеличении финансирования натуральной части льготы необходимо увеличивать и монетизируемую часть набора социальных услуг. Программа изначально делалась без проведения актуарных расчетов, в ней не были предусмотрены механизмы сдерживания затрат на всех уровнях ее реализации. Естественно, что в условиях высокого, но неопределенного риска внутри программы и дополнительной финансовой нагрузки на монетизацию льгот вышедших из страховой системы невозможно обеспечить адекватного финансирования страхового возмещения. Таким образом, программа была обречена на переход от страхового к административному способу регулирования. Наиболее ярко это проявилось в отношении программы ВЗН (7 высокозатратных нозологий), в которой на федеральном уровне на основании стандартов лечения обеспечивается физическая доступность лекарственных средств для больных 7 нозологических групп. Доступность лекарств для них достаточно высока и продолжает расти: в первом полугодии 2009 г. лекарственных средств, предназначенных для лечения 7 высокозатратных нозологий, было отпущено на 27 % упаковок больше, чем в аналогичном периоде 2008 г. При этом по программе ОНЛС произошло уменьшение натурального потребления более чем на 33 %. Но одновременно в стоимостном выражении было потрачено на 34 % больше — 23 млрд руб. (*DSM Group, 2009*). Таким образом, рост затрат в этой части ОНЛС обеспечен увеличением средней стоимости упаковки, а не потребления.

Переход к «ручному управлению» в отношении лекарственного обеспечения при 7 высокозатратных заболеваниях был вынужденной и достаточно эффективной мерой. Однако он не может считаться удовлетворительным решением проблемы доступности лекарственных средств. Во-первых, граждан, получающих лекарственные средства по программе ВЗН, всего около 60 тыс., в то время как в программе ДЛО/ОНЛС до сих пор более 5 млн человек. Во-вторых, сам выбор нозологий для включения в программу ВЗН был во многом сделан под давлением отдельных пациентских организаций и групп их поддержки и имел скорее политическое, нежели социально-экономическое обоснование. В-третьих, в условиях сохранения норм Федерального закона № 178-ФЗ невозможно распространение подходов к планированию лекарственного обеспечения на основе регистров и стандартов лечения на всех

участников системы ОНЛС, поскольку это приведет к необходимости пересмотра норматива финансирования, а следовательно, к дополнительным затратам федерального бюджета на денежную выплату вышедшим из программы. В результате роста цен на лекарственные средства программа ОНЛС обречена на все большее ограничение доступности лекарственных средств для оставшихся в программе.

Попытки ограничивать затраты внутри программы ОНЛС путем введения квот и ужесточения правил выписки рецептов, пересмотра и сокращения списков препаратов приводят к тому, что ухудшаются условия получения лекарств и уход из программы продолжается, а следовательно, все больше усугубляется проблема адекватного рискам финансового обеспечения программы. В 2010 г. при сокращении количества оставшихся в программе на 18,9 % запланирован рост финансирования программы на 21 %. При этом вышедшие из программы ОНЛС переходят в статус региональных льготников, увеличивая нагрузку на региональные бюджеты. Вместе с тем в 2008 г. отмечалось снижение уровня финансирования лекарственного обеспечения льготных категорий граждан за счет бюджетов субъектов Российской Федерации (в соответствии с постановлением Правительства РФ от 30 апреля 1994 г. № 890, целевыми программами) (*Юргель, Тельнова, 2008*).

Таким образом, несмотря на рост объемов государственных затрат, ситуация с доступностью лекарственных средств для всех категорий граждан России продолжает ухудшаться.

2.2

АНАЛИЗ ПРЕДМЕТА И МЕХАНИЗМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В РФ

На федеральном уровне документацию, регулирующую предоставление лекарственной помощи, можно классифицировать по следующим группам:

- документация, определяющая основополагающие принципы регулирования предоставления лекарственной помощи в Российской Федерации;
- документация, регулирующая доступность лекарственных средств населению;

- документация, регулирующая рациональность расходования государственных ресурсов в области лекарственного обеспечения.

Законодательным актом, определяющим основополагающие принципы регулирования предоставления лекарственной помощи в Российской Федерации, являются Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (ФЗ от 22 июля 1993 г. № 5487-1). Отношения, возникающие в сфере обращения лекарственных средств, регулируются Федеральным законом от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ «О лекарственных средствах».

2.2.1. ДОКУМЕНТАЦИЯ, РЕГУЛИРУЮЩАЯ ДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НАСЕЛЕНИЮ

Государственная политика в области регулирования лекарственного обеспечения в части доступности лекарственных средств населению нашла свое выражение в льготном лекарственном обеспечении отдельных категорий населения, получающих при амбулаторном лечении лекарственные средства бесплатно или со скидкой, и в обеспечении лекарственными средствами госпитального сегмента медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и/или за счет бюджетных ассигнований. Проблемы доступности лекарственных средств для основной массы населения, приобретающего лекарственные средства за наличный расчет, до последнего времени предметом государственного регулирования не являлись.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 были утверждены Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или со скидкой.

Однако до 2005 г. социальные гарантии, связанные с предоставлением гражданам необходимой лекарственной помощи, из-за дефицита финансовых средств в регионах и недостаточном контроле со стороны федерального центра носили декларативный характер (*Юргель, Тельнова, 2008*). Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ были внесены изменения в Федеральный закон от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ, направленные на увеличение

финансовой доступности лекарственных средств отдельным категориям граждан при амбулаторном лечении.

Министерство здравоохранения и социального развития своим приказом от 2 декабря 2004 г. № 296 утвердило Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи, который первоначально включал 322 наименования лекарственных препаратов (МНН), сгруппированных в 31 группу. Позже этот Перечень неоднократно пересматривался. С 1 января 2009 г. действовал Перечень, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 27 августа 2008 г. № 452н. Из списка, насчитывавшего 436 международных непатентованных наименований лекарственных средств, было исключено 86 МНН, а добавлено всего 25. Таким образом, в 2009 г. наблюдалось уменьшение доступности ассортимента лекарственных средств в программе ОНЛС. Возможность и условия отпуска взамен выписанного аналогичного лекарственного средства, но из числа предусмотренных утвержденным Перечнем лекарственных средств, регулируется приказом Минздравсоцразвития от 29 декабря 2004 г. № 328.

Государственное регулирование обеспечения физической доступности лекарственных средств осуществляется приказом Минздравсоцразвития от 29 апреля 2005 г. № 312, утвердившим минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи населению, состоящий из 148 наименований лекарственных средств (МНН), объединенных по своему фармакологическому действию в 25 групп. При этом в минимальный ассортимент лекарственных средств вошло значительно меньше наименований, чем в Перечень лекарственных средств по программе ДЛО. Это обстоятельство легитимирует необязательное наличие в аптечном отпуске всей номенклатуры лекарственных средств, поименованных в Перечне лекарственных средств, отпускаемых отдельным категориям граждан по программе ДЛО-ОНЛС, а следовательно, и лимитированную доступность препаратов. Поэтому данное обстоятельство является одной из важнейших причин отказа граждан от федеральной гарантии в программе ОНЛС.

Порядок отпуска лекарственных средств сетью аптечных организаций конкретизирован и в настоящее время регулируется при-

казом Минздравсоцразвития от 14 декабря 2005 г. № 785, согласно которому при отпуске лекарственного средства, включенного в Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) бесплатно или со скидкой, работнику аптечного учреждения для осуществления синонимической замены лекарственного средства не требуется согласования с врачом, выписавшим рецепт. Учитывая, что синонимическая замена в последнем случае осуществляется аптекой самостоятельно, аптечная сеть может очень сильно влиять на общие затраты в системе льготного лекарственного отпуска, поскольку цена препаратов при такой замене может различаться весьма значительно. При этом эффективный контроль за деятельность аптечной сети в этом аспекте законодательством не предусмотрен.

Отношения, возникающие в сфере обращения лекарственных средств, регулируются Федеральным законом № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», вступившим в силу с 1 сентября 2010 г. (*далее — ФЗ-61*). К отношениям, возникающим в сфере обращения лекарственных средств, в частности, относятся государственная регистрация лекарственных препаратов, ведение государственного реестра лекарственных средств и государственная регистрация установленных производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты, ведение государственного реестра предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (п. 7, 9 ст. 5). ФЗ-61 введена норма, согласно которой «лекарственные препараты вводятся в гражданский оборот на территории Российской Федерации, если они зарегистрированы соответствующим уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» (ч. 1 ст. 13), т.е. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, и определены порядок и условия такой регистрации. Требование обязательной регистрации лекарственных средств в Российской Федерации распространяется и на ввозимые в страну лекарственные средства. Исключение распространяется только на лекарственные средства, ввозимые на территорию Российской Федерации по разрешению федерального органа исполнительной власти, в компетенцию которого входит осуществление государственного контроля и надзора в сфере обращения лекарственных средств; конкретные партии незарегистрированных лекарственных

средств, предназначенных для проведения клинических исследований (ч. 3 ст. 47); на лекарственные средства, ввозимые на территорию РФ физическими лицами в целях личного использования, работниками дипломатического корпуса или представителями международных организаций, аккредитованных в Российской Федерации, а также на лекарственные средства, предназначенные для лечения пассажиров и членов экипажей транспортных средств, поездных бригад и водителей транспортных средств, прибывших на территорию Российской Федерации, и для лечения участников международных культурных, спортивных мероприятий и участников международных экспедиций (ст. 50).

2.2.2. ДОКУМЕНТАЦИЯ, РЕГУЛИРУЮЩАЯ РАЦИОНАЛЬНОСТЬ РАСХОДОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕСУРСОВ В ОБЛАСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

2.2.2.1. Ценовое регулирование

Действующее в настоящее время государственное регулирование цен осуществляется в отношении лекарственных средств, входящих в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) и регламентируется Федеральным законом № 61-ФЗ и постановлением Правительства РФ от 9 ноября 2001 г. № 782. При этом региональное регулирование цен на все лекарственные средства предусмотрено законодательством 65 субъектов РФ (*Тельнова, 2009c*).

Помимо данной сферы регулирования обращения лекарственных средств ФЗ-61 определены процедуры государственного регулирования цен на лекарственные препараты для медицинского применения (ст. 60), среди которых:

- утверждение перечня ЖНВЛС;
- утверждение методики установления производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛС;
- государственная регистрация установленных производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛС;
- ведение государственного реестра предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛС;

- утверждение методики установления органами исполнительной власти субъектов РФ предельных размеров оптовых и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛС;
- установление предельных размеров оптовых надбавок и розничных надбавок к фактическим отпускным ценам, установленным производителями лекарственных препаратов, на лекарственные препараты, включенные в перечень ЖНВЛС;
- осуществление государственного контроля за применением цен на лекарственные препараты.

Указанным законом запрещена продажа лекарственных препаратов, включенных в перечень ЖНВЛС, на которые не зарегистрирована установленная производителями лекарственных препаратов предельная отпускная цена (ч. 3 ст. 61).

Особенностями ранее действовавшей системы регулирования цен являлись заявительный характер регистрации цены на ЖНВЛС, необязательность самой регистрации (в настоящее время зарегистрировано только 43,72 % МНН, входящих в ЖНВЛС), отсутствие механизма контроля за сформированными ценами, право субъектов самостоятельно устанавливать предельные торговые надбавки к ценам на ЖНВЛС. Оптовая надбавка, которую устанавливали в регионах, применялась к отпускной цене не только производителя, но и организаций оптовой торговли. Поэтому выстраивалась цепочка посредников, каждый из которых применял предельные оптовые надбавки соответствующих регионов. При этом оптовый сегмент в России один из самых больших в мире и включает 2618 дистрибутеров (для сравнения: в Англии действуют 10 дистрибутеров, в США — 40) (Мелик-Гусейнов, 2009). Естественно, что уровни надбавок для оптового звена в этой ситуации могли достигать 60–80 % (Тельнова, 2009а). Результат несовершенства ценового регулирования наиболее ярко проявился в первые месяцы кризиса (Найговзина, 2009).

На состоявшемся 10 марта 2009 г. заседании правительственной комиссии по повышению устойчивости российской экономики были даны поручения, которые нашли отражение в приказе Минздравсоцразвития от 27 мая 2009 г. № 277н, регламентирующем организацию мониторинга цен и ассортимента лекарственных средств, и постановлении Правительства РФ от 8 августа 2009 г.

№ 654, которое было призвано серьезно изменить порядок регулирования ценообразования на лекарственные средства, отнесенные к ЖНВЛС.

Основные проблемы, затронутые этими документами, и рекомендуемые ими новации сводятся к следующему:

1. Предельные отпускные цены производителей будут определяться в соответствии с методикой, которую должно утвердить Минздравсоцразвития совместно с Федеральной службой по тарифам (ФСТ). Методика должна включать формы, по которым производитель осуществляет обоснование предельной отпускной цены при обращении в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор, РЗН) с целью государственной регистрации этой цены.

2. При государственной регистрации предельной отпускной цены производителя должны будут учитываться цены на аналогичные (по международному непатентованному наименованию, форме выпуска и дозировке) лекарственные средства в Российской Федерации. Это означает, что база данных для производителя должна быть доступна и актуальна, и РЗН поручено ее создание на основе мониторинга цен на лекарства.

3. Предельные отпускные цены производителей согласовываются Росздравнадзором с ФСТ. В настоящее время действует условие, в соответствии с которым в согласовании предельной отпускной цены, заявленной производителем, не может быть отказано, если она является минимальной отпускной ценой этого производителя по статистическим данным за полугодие, предшествовавшее дате представления сведений для государственной регистрации этой цены. С 1 января 2010 г. (с даты вступления в силу изменений, утвержденных постановлением № 654) это условие не действует.

4. Постановлением № 654 установлено, что реализация лекарственных средств организациями оптовой торговли будет осуществляться с обязательным оформлением протокола согласования цен поставки жизненно необходимых и важнейших лекарственных цен по форме, также утвержденной данными постановлением. Реализация лекарственных средств аптечными учреждениями должна осуществляться при наличии указанного протокола.

5. Государственная регистрация предельных отпускных цен на лекарственные средства иностранных производителей будет

осуществляться, исходя из минимальной цены на них в государстве производителя и других государствах, где эти лекарственные средства зарегистрированы (по международному непатентованному наименованию, форме выпуска и дозировке), с учетом сопоставимых расходов на транспортировку.

6. Определено, что предельные оптовые и предельные розничные надбавки к ценам на лекарственные средства, устанавливаемые органами исполнительной власти субъектов РФ в отношении организаций оптовой торговли лекарственными средствами и аптечных учреждений, должны выражаться в процентах и дифференцироваться в зависимости от стоимости лекарственных средств и с учетом географической удаленности, транспортной доступности и других особенностей этих организаций и учреждений.

Проблемой указанных документов можно считать сложность объективного установления цены препарата. Если говорить о структуре себестоимости лекарственных препаратов, то сегодня в ней наибольший удельный вес занимают затраты на сырье и материалы (от 40 до 80%). При этом при производстве отечественных препаратов российские производители используют в основном импортные субстанции (87% рынка) (*ТПП, 2008*). Однако регулирования цен на субстанции постановление № 654 не предусматривает. В результате ограничение цен на готовую продукцию при отсутствии ограничений на маржу иностранных поставщиков сырья может серьезно ухудшить положение отечественных производителей.

Кроме того, всегда существует опасность, что если методика предельных отпускных цен будет излишне жесткой, фармрынку окажется невыгодно торговать препаратами из списка жизненно необходимых, и потребитель может столкнуться с их отсутствием в сетях. Если же аптеки заставят продавать лекарства из этого списка, автоматически повысится цена на препараты, не признанные жизненно необходимыми и важнейшими, и доступность лекарств уменьшится.

2.2.2.2. Формирование ограничительных перечней ЛС

Концепция формирования основных перечней лекарственных средств лежит в основе любой национальной системы лекарственного обеспечения.

В Российской Федерации в соответствии с ранее действовавшим Федеральным законом «О лекарственных средствах», а также постановлением Правительства РФ от 8 апреля 1999 г. № 393 было

предусмотрено, что перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств является базой для разработки стандартов медицинской помощи и формуляров лечения больных и составной частью минимального ассортимента лекарственных средств, наличие которого обязательно для аптечных учреждений. Таким образом, были заложены основы для упорядочивания лекарственного обеспечения в РФ.

В настоящее время действует перечень ЖНВЛС, утвержденный распоряжением Правительства РФ от 30 декабря 2009 г. № 2135-р, который содержит 500 МНН. Наименования лекарственных средств сгруппированы в соответствии с кодами (до 3-го уровня) Анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТС). В перечень включено 222 наименования лекарственных средств (МНН), входящих в основной перечень лекарственных средств ВОЗ и имеющих регистрацию в РФ. В перечне ЖНВЛС 15% наименований только отечественного производства, 32% — только зарубежного производства, 53% — производства как зарубежного, так и отечественного¹.

Порядок формирования перечня ЖНВЛС установлен приказом Минздравсоцразвития от 27 мая 2009 г., согласно которому критериями для включения и/или исключения лекарственного средства при формировании перечня являются:

- научно обоснованные данные об эффективности и безопасности препарата при определенном заболевании, синдроме или клинической ситуации;
- научно обоснованные данные о терапевтической эквивалентности препарата лекарственным средствам со сходными механизмами фармакологического действия;
- научно обоснованные данные о необходимости и обоснованности применения конкретного лекарственного средства для диагностики, профилактики или лечения определенных патологий, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости граждан Российской Федерации, характеризующихся высокими показателями смертности и требующих значительных финансовых затрат в соответствующих усло-

¹Пояснительная записка к проекту распоряжения Правительства РФ «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств». <http://www.aptuni.ru/load/5-1-0-14>

виях оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации;

- целесообразность наличия в Перечне лекарственных средств аналогичного действия и аналогичной области медицинского применения, наличие научнообоснованной информации о преимуществах и/или особенностях данных лекарственных средств;
- результаты фармакоэкономических исследований лекарственного средства в пределах одной фармакотерапевтической группы, включая экономическую оценку эффективности применения лекарственного средства по критерию «затраты — эффективность»;
- востребованность (социальная значимость) конкретного лекарственного средства практическим здравоохранением и населением;
- наличие лекарственного средства в утвержденных в установленном порядке стандартах медицинской помощи, протоколах ведения больных, клинических рекомендациях для врачей, включая международные.

Приказом Минздравсоцразвития России от 26 марта 2001 г. № 88 был принят и введен в действие отраслевой «Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения», который по сути вступил в противоречие с ранее принятыми нормативными документами и несколько запутал правовое положение перечня ЖНВЛС. Этим стандартом были введены определения для различных перечней, не связанных жестко с перечнем ЖНВЛС, которые могут разрабатываться и использоваться субъектами РФ самостоятельно (Приложение 2.2).

В настоящее время система перечней может быть структурирована следующим образом:

1. Перечни лекарственных средств, утверждаемые на федеральном уровне:

- обязательного ассортимента лекарственных средств для аптечных организаций, обслуживающих амбулаторных больных;
- жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС);
- лекарственных средств в программе ДЛО/ОНЛС;
- лекарственных средств в программе ВЗН.

2. Перечни лекарственных средств, утверждаемые на уровне субъекта РФ:

- список лекарственных средств льготного отпуска;
- формулярный перечень лекарственных средств субъекта Российской Федерации;
- формулярный перечень лекарственных средств учреждения здравоохранения.

Объединяющим указанные перечни является Государственный реестр лекарственных средств, разрешенных к применению в Российской Федерации.

Учитывая, что государственное ценовое регулирование ориентировано именно на список ЖНВЛС, необходимо провести синхронизацию всех существующих вариантов перечней, обозначив их взаимную связь и смысловое назначение.

Сопоставление минимального ассортимента лекарственных средств с Перечнем ЖНВЛС, на который распространяется требование регистрации предельных отпускных цен производителей, показало, что не все лекарственные средства, включенные в Перечень ЖНВЛС, представлены в Минимальном ассортименте лекарственных средств, необходимых для оказания медицинской помощи населению, утвержденном приказом Минздравсоцразвития России от 29 апреля 2005 г. № 312. Это создает формальные предпосылки для отсутствия ряда жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств в аптечной сети и нарушает принцип вхождения в качестве составной части Перечня ЖНВЛС в Минимальный ассортимент лекарственных средств, определенный еще постановлением Правительства РФ от 8 апреля 1999 г. № 393.

Очевидно, что необходимо обеспечить большую синхронизацию указанных перечней и предусмотреть в ассортиментном минимуме все препараты из Перечня ЖНВЛС.

2.2.2.3. Регулирование деятельности медицинских организаций по назначению лекарственных средств

Порядок назначения и выписывания лекарственных средств в настоящее время регламентируется Инструкцией о порядке назначения лекарственных средств и Инструкцией о порядке выписывания лекарственных средств и оформления рецептов и требований-накладных.

В основе регулирования заложены следующие принципы:

- В случаях типичного течения болезни назначение лекарственных средств осуществляется, исходя из тяжести и характера заболевания, согласно стандартам медицинской помощи и в соответствии с Перечнем ЖНВЛС и Перечнем лекарственных средств для амбулаторного лечения льготных категорий граждан.
- На основании этих перечней субъекты РФ могут формировать соответствующие территориальные перечни.
- Лекарственные препараты, не входящие в перечисленные перечни, могут быть назначены по медицинским показаниям по решению врачебной комиссии лечебно-профилактического учреждения.

Таким образом, основным ограничением нерационального расходования ресурсов при назначении медикаментозного лечения в медицинских учреждениях являются стандарты медицинской помощи, которые должны быть разработаны на базе Перечня ЖНВЛС и Перечня лекарственных средств для амбулаторного лечения льготных категорий граждан. Вместе с тем, как показано выше, степень синхронизации этих перечней со стандартами медицинской помощи невелика. Ситуацию усугубляет то обстоятельство, что законодательно не урегулирована система контроля за обоснованностью назначений в лечебных учреждениях. Отсутствуют структуры, которым вменено проведение внедомственной экспертизы рациональности и эффективности назначений лекарственных средств. У страховых компаний в системе ОМС эта функция не обозначена, у территориальных фондов ОМС эта функция не является профильной. Законодательно не урегулирован запрет на недобросовестную маркетинговую деятельность фармпроизводителей в отношении стимулирования врачей к выписке определенных препаратов. Кроме того, отсутствует система поощрения врачей к рациональной выписке лекарств и поощрения выписки дженериков. Отсутствует перечень дженерической замены препаратов.

Более подробный перечень нормативных документов, регулирующих различные аспекты лекарственного обеспечения в России, приведен в Приложении 2.2.

Краткие выводы

Нормативные документы, регулирующие доступность лекарственных средств, не предусматривают эффективного контроля за деятельностью аптечной сети. Недостатки регулирования рациональности расходования государственных ресурсов связаны прежде всего с многообразием существующих списков лекарственных средств и направлений их использования, что делает невозможным эффективный контроль их применения. Существующий Перечень ЖНВЛС не синхронизирован со стандартами медицинской помощи. Существуют серьезные проблемы реализации нормативных актов, регулирующих ценообразование. Отсутствуют необходимые нормативные документы, регулирующие контроль за обоснованностью назначений и стимулирующие рациональность выписки препаратов в амбулаторно-поликлиническом звене.

2.3

АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ И РАЦИОНАЛЬНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ РЕСУРСОВ

В разных странах используются разные подходы и пути для создания оптимального баланса между потребностями населения в лекарственных средствах и возможностями государства.

Объемы государственного участия в расходах на *обеспечение населения лекарственными средствами* различаются в разных странах. В государствах с высоким уровнем развития экономики они, как правило, довольно высоки. В Приложении 2.1 (рис. 2, 5, 6) представлена информация об объемах государственного участия в затратах на лекарства в различных странах мира, а также о подушевых затратах на медикаменты в странах ОЭСР и России. Эти показатели в России значительно ниже, чем в других странах, даже с учетом государственных гарантий лекарственного обеспечения для отдельных (льготных) групп населения.

2.3.1. МЕТОДЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ЛЬГОТНЫМ КАТЕГОРИЯМ НАСЕЛЕНИЯ

К льготной категории населения в разных странах могут относиться разные группы граждан: социальные льготники (Фран-

ция), застрахованные на случай болезни (Германия), все пациенты государственной службы здравоохранения (Англия, Чехия), лица старше 65 лет (Испания), малообеспеченные граждане и инвалиды (Венгрия), лица старше 66 лет и больные определенными группами заболеваний (Норвегия). Кроме того, во всех странах существуют категории больных, получающие в соответствии с установленными льготами дополнительное возмещение стоимости лекарственных препаратов со стороны государства или страховых компаний. К таким категориям относятся больные с серьезными хроническими заболеваниями, больные, нуждающиеся в более эффективных препаратах в связи с тяжестью заболевания, социально не защищенные группы пациентов, пациенты определенных возрастных групп.

Опыт европейских стран позволяет говорить о четырех основных механизмах возмещения стоимости лекарственных препаратов этим категориям больных. С каждым механизмом связана определенная доля участия пациента в оплате стоимости лекарственного препарата.

1. Возмещение фиксированной суммы от полной стоимости лекарственного препарата. Пациент самостоятельно оплачивает лишь определенную сумму, реально составляющую только часть стоимости препарата (Великобритания, Австрия, Нидерланды, Израиль). Эта сумма определяется наименованием препарата, конкретным рецептом и зависит от размера упаковки.

2. Возмещение фиксированного процента от полной стоимости лекарственного препарата (Франция, Испания, Греция, Португалия). Процент возмещения может колебаться в пределах 0–100 %, в зависимости от страны производства, диагноза, социальной группы и др.

3. Установление определенного нижнего предела возмещаемой доли стоимости от полной стоимости лекарственного препарата (Бельгия).

4. Сочетание перечисленных принципов возмещения: обычно фиксированная ставка возмещения или снижение ее до определенного минимума, плюс процент стоимости лекарственного препарата (Дания, Италия, Швеция).

Таблица 1 Приложения 2.1 иллюстрирует подходы, применяемые при разработке систем возмещения в разных странах.

Определение возможности возмещения стоимости препарата зависит от следующих критериив:

- характеристика болезни (влияние на решение зависит от серьезности заболевания, при котором этот препарат назначается, от частоты смертельных исходов и тяжести осложнений при отсутствии адекватного лечения);
- клинико-фармакологическая характеристика препарата: его эффективность, фармакокинетический профиль, переносимость и удобство применения;
- необходимость применения данного препарата: наличие альтернативных препаратов (оригинальных или дженерических) и возможность других видов лечения, в том числе оперативного или немедикаментозного;
- фармакоэкономические параметры: закупочная цена, необходимые расходы на обеспечение терапии данным препаратом (расходные материалы, шприцы, лабораторный контроль, стоимость других методов введения препарата), влияние применения препарата на другие стоимостные параметры лечения, результаты фармакоэкономического анализа.

Отдельно оцениваются дополнительные расходы при превышении выделенного бюджета (цена курса лечения препаратом, умноженная на число больных).

2.3.2. ФОРМЫ ЦЕНОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В большинстве стран ЕС государственное прямое и/или косвенное регулирование цен на ЛС является обычной практикой (табл. 2 Приложения 2.1). В подавляющем большинстве стран не существует полностью свободного или полностью регулируемого ценообразования. Как правило, применяется смешанная система — сочетание регулируемых государством цен (в основном на рецептурные препараты) и свободно назначаемых цен на безрецептурные препараты (*Burstall, 1997; Pen, 1997; Bennett, 2000; Giraudeau F., 2000, Mossialos et al., 2004; Laux, 2007*).

Предельные цены

Регистрация предельного уровня цен на препарат (механизм, вводимый в настоящее время в России) является механизмом прямого регулирования цен на ЛС и в мировой практике применяется на фиксированный период времени. Регистрации могут подлежать как розничные, так и оптовые цены на препараты отечественного и зарубежного производства. Так, в Швеции цены регистрируются на уровне закупочных (*Henriksson et al., 1999*), в странах ЕС — чаще всего на уровне розничных, а в странах Центральной и Восточной Европы — на уровне цен производителей (*Moen et al., 1998; Mrazek, 2002*).

Используемые методы установления предельных цен: стоимость-плюс, внутреннего сравнения, внешнего сравнения.

В Великобритании фиксируется норма прибыли в зависимости от компаний путем переговоров с Департаментом здравоохранения Соединенного Королевства (*Macartur, 2000; Mossialos et al., 2004*).

Метод стоимость-плюс

Метод стоимость-плюс обосновывает допустимую цену стоимостью производства, поправками на маркетинг и расходами на исследования и развитие. В России применение этого метода возможно при установлении цен на отечественные инновационные препараты.

Проблема метода в том, что фармацевтическая отрасль характеризуется низким соотношением прямых / переменных затрат и общих затрат. Прямые затраты связаны с расходами на сырьевые материалы, переменные затраты относятся в основном к области производства, сбыта и продвижения товара на рынок (промоушн), тогда как расходы на исследование и развитие не могут быть с высокой степенью точности выделены для конкретных видов продукции. Это делает метод стоимость-плюс потенциально трудным для непредвзятого применения.

Методы внутреннего и внешнего сравнения

Метод внутреннего сравнения устанавливает цены на основе сравнения с категорией сопоставимых лекарств, которые уже имеются на внутреннем рынке; уступки делаются новаторской продукции, имеющей терапевтические преимущества. Цены на новые препараты, не имеющие аналогов на национальном рынке, могут определяться на основе цен на них в другой стране (Испания,

Люксембург, Португалия) или на основе оценки их новаторского вклада в терапию (Франция, Италия) (табл. 3 Приложения 2.1).

В России применение этого метода потребует точного определения стран для сравнения. Установление предельной цены путем ее регистрации служит барьером для повышения цен производителями. Однако прямое государственное регулирование цен является затратным, с точки зрения обеспечения контроля, и при чрезмерном государственном давлении сопряжено с опасностью исчезновения жизненно необходимых препаратов на неконкурентном рынке, которым является рынок лекарств России. Для гибкого регулирования цен на лекарства в России представляется целесообразным сочетание методов прямого регулирования с методами косвенного регулирования (референтное ценообразование, ограничение торговых наценок, ограничение затрат на продвижение ЛС).

Метод установления референтных цен

Эталонное, или референтное, ценообразование предназначено для возмещения стоимости определенных (как правило, рецептурных) препаратов в странах с действующими системами медицинского страхования (например, в Германии, Испании, Швеции). Если зарегистрированная цена превышает референтную, то разницу доплачивает пациент.

Обычно представленные на рынке ЛС классифицируют по группам, объединяющим препараты-аналоги, и для каждой группы определяют референтную цену (*Laux, 2007*).

В последнее время референтное ценообразование все чаще применяют к препаратам, находящимся под патентной защитой, а не только к дженерикам.

Как правило, в качестве отправной точки для установления эталонной цены выбирают стоимость наиболее дешевого дженерика в данной группе (например, в Швеции эталонная цена устанавливается на основании цены наиболее дешевого дженерика, плюс 10 %, и пересматривается 4 раза в год). Стоимость каждого ЛС данной группы, которое покупает или получает застрахованный пациент, возмещается за счет средств страховых организаций в пределах установленной референтной цены.

В странах Центральной и Восточной Европы, где функционируют системы медицинского страхования, для установления референтных цен используют:

- минимальную цену в группе препаратов в соответствии с классификационной системой АТС (Чехия, Словакия);
- цену отечественного препарата (Польша);
- минимальную цену одного из препаратов с одинаковым международным непатентованным наименованием (Румыния).

Система референтных цен обладает рядом побочных эффектов, ограничивающих ее эффективность, однако, применяемая в комплексе с другими мерами, эта система оказывает более сбалансированное влияние на рынок и стимулирует снижение цен производителями и импортерами (*Полякова, 2008; Petkantchin V.*).

Ограничение торговых наценок

Метод применяется в отношении дистрибуторов и аптек и заключается в законодательном ограничении торговых наценок на ЛС. Регулируемая структура розничной цены на лекарства в странах ЕС приведена в табл. 4 Приложения 2.1.

Ограничение затрат на продвижение лекарственных средств

Метод важен в странах, где действует ценовой контроль или контроль в виде возмещения затрат, а ценовая конкуренция отсутствует. Контроль над расходами на промоушн-акции может действовать или в виде налога на все затраты, связанные с ними, или как схема, с помощью которой устанавливается допустимое предельное соотношение расходов на промоушн пропорционально к продажам. В последнем случае компании могут истратить больше, если они того желают, но тогда на них будет наложен денежный штраф.

Оптимальная модель процесса регулирования цен на лекарственные средства пока не найдена. Большинство развитых стран мира продолжают совершенствовать используемые модели (*Mossialos et al., 2004*). В будущем ожидается, что критерии оценки цены на основе принципа «затраты — эффективность» или «затраты — польза», в зависимости от того, фигурирует ли в проводимой оценке критерий качества жизни, заменят сегодняшние методики (*Mossialos, 2009*).

2.3.3. УСТАНОВЛЕНИЕ ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЧНЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И РЕГУЛИРОВАНИЕ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ

Для рационального использования лекарственных средств необходимо влиять на практику их прописывания (*Annetmans et al., 1997; Henriksson et al., 1999; Macartur, 2000; Mossialos et al., 2004*). В основе используемых подходов лежат разработка ограничительных перечней, формирование и мониторинг выполнения сметы на назначение лекарств и стимулирование дженерической замены. Подобные подходы представляются наиболее перспективными для России.

Ограничительные перечни

Перечни могут включать либо все продукты, подлежащие компенсации по условиям данной системы («позитивные» перечни), либо, напротив, все продукты, на которые компенсация не распространяется («негативные» перечни) (*Солтман и др., 2002*).

Способы и объемы возмещения стоимости лекарств из «позитивных» перечней могут быть различными. В ряде стран ЕС пациент обязан платить определенный процент от стоимости прописываемого лекарства. Этот процент варьирует в зависимости от того, является лекарство жизненно важным (100 %-ное возмещение), необходимым для лечения серьезной, но не угрожающей жизни болезни (60–75 %-ное возмещение), или это так называемое успокоительное лекарство (40–60 %-ное возмещение).

Информация об особенностях совместной оплаты лекарственных средств в разных странах приведена в табл. 5 Приложения 2.1.

Регулирование назначения препаратов

Формирование сметы на назначение лекарств как метод сдерживания затрат наиболее широко применяется в Великобритании, где введены практика фондодержания и индикативные суммы назначений (бюджеты практик по стоимости лекарств). Врач, превысивший смету, платит штраф, тогда как врач, уложившийся в смету, вознаграждается возможностью удержать часть сэкономленных денег. Метод введен также в Германии (*Солтман и др., 2002; Mossialos et al., 2004*). Целесообразно рассмотреть возможность применения этого метода и в России. Однако наиболее распространенным методом сдерживания затрат является стимулирование дженерической замены при выписке (рис.7 Приложения 2.1).

Метод применяется во всем мире и в ряде стран регулируется законодательно (*Mossialos et al., 2004; WHO, 2007*) (табл. 6 Приложения 2.1). В России эта практика в настоящее время отсутствует, но она обязательно должна найти применение.

В Приложении 2.3 приведена классификация существующих в мире моделей обеспечения лекарственными средствами (моделей социального лекарственного страхования).

Краткие выводы

Для повышения доступности и рациональности лекарственного обеспечения в России наиболее важным представляется использование мирового опыта применения совместно с предельным ценообразованием косвенных методов ценового регулирования (предпочтительно референтного), регулирования назначения препаратов, а также введение системы дифференцированного возмещения затрат пациентов на лекарства. Однако невозможно прямое копирование отдельных решений, необходимо разрабатывать подходы, учитывающие специфику сложившейся в РФ системы лекарственного обеспечения.

2.4

РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ И РАЦИОНАЛЬНОСТИ РАСХОДОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РЕСУРСОВ

Очевидно, что лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении практически всех категорий населения России требует срочного реформирования. Сохранение существующего положения ведет к продолжению нерационального расходования ресурсов, но при этом не увеличивает доступность лекарств и лишь усугубляет проблемы здоровья населения. Политические риски отказа от программы ОНЛС велики. Однако они могут быть купированы объявлением о переходе к новой всеобщей системе социального лекарственного страхования (СЛС), не разрушающей, а достраивающей имеющуюся систему лекарственного обеспечения.

Дизайн и стоимость возможной модели будут зависеть от выбранного баланса между необходимым увеличением доступности лекарственных средств для населения России и рациональностью

расходования ограниченных государственных средств в системе здравоохранения.

Основными детерминантами стоимости государственных гарантий в рамках возможной модели СЛС являются:

1) категории населения, в отношении которых осуществляются меры государственной страховой защиты;

2) объемы лекарственной помощи, входящей в программу СЛС;

3) формы и объемы соучастия застрахованных в расходах системы СЛС.

Модель может быть построена, исходя из решения об ограничении объема средств на ее реализацию (приоритет рациональности государственных расходов). В этом случае решение по каждой детерминанте будет предопределять возможные решения по остальным двум составляющим. Так, решение о включении значительного числа дорогостоящих лекарственных препаратов в программу СЛС при отсутствии соплатежа застрахованных приведет к необходимости ограничения числа участников программы. С другой стороны, даже незначительное расширение числа участников программы без включения механизма их соучастия в расходах приведет к необходимости сокращения программы страхования и т.д.

В той ситуации с лекарственным обеспечением, которая сложилась в России, для сохранения здоровья нации наиболее целесообразным представляется построение модели, предусматривающей расширение категорий населения, включенного в программу СЛС (приоритет доступности лекарственных средств для населения). В этом случае необходимый баланс доступности и рациональности государственных расходов будет достигнут при включении в модель противозатратных механизмов, разработанных в мировой практике.

Общие принципы предлагаемой модели:

1. Лекарственное обеспечение стационарной помощи по-прежнему входит в систему обязательного медицинского страхования.

2. Источником финансирования социального лекарственного страхования при амбулаторной помощи являются средства, предусмотренные в федеральной и региональных программах льготного лекарственного обеспечения, средства системы ОМС, соплата из личных средств граждан.

3. Программа социального лекарственного страхования разрабатывается на основе Национального перечня лекарственных

средств (это может быть перечень ЖНВЛС, однако он должен включать лекарственные средства по программам ОНЛС и ВЗН), который создается на принципах доказательной медицины с учетом фармакоэкономических показателей и социальных приоритетов.

4. В качестве противозатратных механизмов используются следующие меры:

- Создаются дифференцированные программы страхования в зависимости от социальной категории пациента, тяжести его заболевания, особенностей получаемого препарата.
- Создается дифференцированная система обязательного соучастия пациента в оплате лекарств.
- Возмещение стоимости препаратов из перечня ЖНВЛС производится по референтным ценам и только при наличии рецепта.
- Предусматривается наличие «негативных» списков препаратов, не подлежащих возмещению или возмещаемых только при определенных условиях, а также списков дженерической замены лекарств при наличии экономического обоснования.

При установлении размера соплатежа пациентов следует исходить из того, что он:

- должен способствовать ограничению избыточного спроса на лекарственные средства, но не должен ограничивать для пациента финансовую доступность необходимых лекарственных средств;
- не должен ухудшить лекарственное обеспечение больных, пользовавшихся льготами на получение лекарственных средств по программам ДЛО/ОНЛС и ВЗН;
- должен учитывать особенности назначаемого препарата (дженерик, инновационный брендовый препарат);
- должен учитывать желание пациента на замену (компенсация сверхустановленной референтной цены на выписанный препарат не производится).

Подход к установлению схемы соплатежей должен предусматривать стимулирование потребления отечественных препаратов, что позволит внедрить естественный экономический принцип развития импортозамещения. Возможный вариант:

Список 1 (возмещение за счет общественных источников 100 %): дженерики + отечественные препараты + дорогостоящие и не-заменимые медикаменты социально значимым группам, а также для амбулаторного лечения наиболее социально значимых хронических заболеваний.

Список 2 (возмещение за счет общественных источников 50 %): импортные аналоги имеющихся отечественных препаратов из группы необходимых.

Список 3 (возмещение за счет общественных источников 20 %): оригинальные препараты из группы essential, имеющие дженериковые аналоги.

Организационная схема модели может предусматривать ее погружение в имеющуюся систему ОМС, а может быть выстроена в рамках программы государственных гарантий, но вне базовой программы ОМС. Отличие моделей будет заключаться в том, что в первом случае страховщик системы ОМС осуществляет взаиморасчеты с лечебно-профилактическим учреждением и аптеками, а во второй модели страховщик, имеющий соответствующую лицензию на СЛС, производит компенсацию затрат застрахованного. Подробное описание технологической схемы по каждому из этих вариантов, а также анализ их преимуществ и недостатков приведены в Приложении 2.4.

Поскольку источники финансирования у каждой из моделей одинаковы (бюджеты разных уровней, средства работодателей и личные средства граждан), уровень финансовой доступности лекарственных средств для населения в рамках каждой из моделей будет определяться общим бюджетом СЛС. Необходимость сохранения существующих льгот для отдельных категорий граждан ограничивает возможности введения возмещения стоимости медикаментов для остальных категорий населения эффективностью и технологичностью каждой из моделей. Поэтому сравнительная оценка двух предлагаемых подходов будет сделана в отношении потенциальных преимуществ по следующим параметрам:

- уровень физической доступности лекарственных средств, обеспечиваемый каждой моделью;
- возможный охват населения;
- возможности контроля обоснованности назначений;
- возможности включения дополнительных противозатратных механизмов;

- возможности конкуренции между страховщиками;
- возможность проведения согласованной политики планирования объемов и структуры медицинской помощи и лекарственного обеспечения на всех уровнях системы ОМС.

Для упрощения в дальнейшем изложении будет использована следующая терминология:

Модель 1 — социальное лекарственное страхование, дополняющее систему ОМС;

Модель 2 — социальное лекарственное страхование вне системы ОМС.

1. Уровень физической доступности лекарств для населения определяется числом аптечных организаций, включенных в программу страхования. В Модели 1 предполагается ограничение числа этих организаций рамками заключенных с ними договоров. При этом у застрахованного будет возможность выбора только из тех аптек, с которыми заключены договоры его страховой компанией. В Модели 2 участниками системы могут быть любые аптечные организации. Таким образом, Модель 2 обеспечивает значительно большую физическую доступность лекарственных средств.

2. Модель 1 предполагает ограничение охвата населения только застрахованными в системе ОМС и только теми из них, которые обратились за рецептами в ЛПУ, включенные в систему ОМС. При этом в системе ОМС страхуются не все категории населения России и не все учреждения и организации здравоохранения, имеющие право на выписку лекарств, входят в состав участников правоотношений. Таким образом, Модель 1 предполагает помимо финансовых определенные организационные ограничения в охвате населения. Для Модели 2 таких ограничений не существует. Охват населения будет определяться только политическими и экономическими факторами.

3. Модель 1 допускает включение амбулаторно-поликлинического звена во взаиморасчеты с аптеками. Применение этого механизма позволяет рассчитывать на повышение обоснованности назначений. Однако одновременно может наблюдаться стремление ЛПУ к чрезмерной экономии затрат и минимизации выписки, что может привести к ухудшению лекарственного обеспечения населения. Поэтому Модель 1 требует дополнительных компетенций страховщика по контролю за выпиской лекарственных средств, который в настоящее время в системе ОМС отсутствует. В Моде-

ли 2 амбулаторно-поликлиническое звено не включено во взаиморасчеты с аптеками и контроль обоснованности выписки возможен только при взаимодействии страховщиков в системе СЛС со страховщиками в системе ОМС, которые возьмут на себя обязательства по экспертизе выписки лекарств на амбулаторном этапе. Однако в обеих моделях возможность организации контроля назначений связана с необходимостью разработки формуляров по наиболее распространенным заболеваниям — клинических руководств, включающих наиболее эффективные и рентабельные схемы лечения лекарственными средствами.

4. В обеих моделях возможность использования дополнительных противозатратных механизмов связана с референтными ценами возмещения затрат аптек (Модель 1) или пациентов (Модель 2) на препараты из списка и соучастием пациентов в оплате лекарств. Это достаточно серьезные механизмы ограничения расходов. Таким образом, обе модели имеют сравнимый потенциал в отношении возможности использования дополнительных противозатратных механизмов, включая механизмы контроля обоснованности выписки.

5. Конкуренция в Модели 1 будет ограничиваться составом страховщиков и их мотивацией в системе ОМС. В настоящее время в системе ОМС отсутствуют основания для эффективной конкуренции между страховщиками, происходит постоянное уменьшение числа страховых медицинских организаций, нарастает их концентрация и доминирование на региональных рынках ОМС, что ограничивает возможности потребительского выбора. В Модели 2 возможно значительное расширение кругозора участников и включение в качестве конкурентных предложений дополнительных программ добровольного страхования некомпенсируемой части стоимости лекарственных средств. Таким образом, наличие механизмов конкурентного отбора в Модели 2 более очевидно.

6. Достоинством Модели 1 является возможность проводить согласованную политику планирования объемов и структуры медицинской помощи и лекарственного обеспечения на всех уровнях системы ОМС, выстраивать единые системы мотивации амбулаторного звена к повышению качества и результативности оказываемой медицинской помощи и лекарственного обеспечения. В Модели 2 управление этими двумя компонентами системы здравоохранения будет осуществляться разными системами, что неизбежно затруднит проведение политики повышения эф-

фективности использования ресурсов, выделяемых государством на здравоохранение.

Краткие выводы по разделу

Сложившаяся система лекарственного обеспечения в РФ требует модернизации. Промедление с началом реформирования программы ОНЛС только усугубляет ситуацию. Продолжающийся рост затрат на программу происходит на фоне роста неудовлетворенности населения лекарственным обеспечением. Регулирование и контроль цен, предусмотренные только в отношении препаратов группы ЖНВЛС, может привести к значительному росту цен на другие препараты. Учитывая отсутствие синхронизации перечня ЖНВЛС со стандартами медицинской помощи, подобные регуляторные меры могут существенно ухудшить ситуацию с лекарственным обеспечением хронически больных. Медлительность в принятии необходимых нормативно-распорядительных документов может привести к срыву поставок медикаментов в условиях высокой зависимости от импорта и вслед за этим к катастрофическому снижению физической доступности для населения многих жизненно необходимых препаратов.

Мировой опыт свидетельствует о возможности обеспечения высокой доступности лекарственных средств при достаточном уровне рациональности расходования ресурсов здравоохранения. Опыт введения различных систем возмещения затрат населения на лекарства (наряду с применением методов сдерживания государственных затрат и обеспечения эффективных практик назначения) может быть положен в основу разработки российской модели лекарственного страхования. Организационная схема выбранной модели может быть любой, однако приступать к ее разработке и внедрению необходимо как можно скорее.

3

АНАЛИЗ АНТИКРИЗИСНЫХ МЕР В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН И РЕКОМЕНДАЦИИ О ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РОССИИ

Текущий финансово-экономический кризис подрывает финансовую основу развития здравоохранения как в западных странах с давно сложившимися системами здравоохранения, так и в странах, где здравоохранение находится в стадии реформирования. В данном разделе проводится анализ приоритетов и содержания антикризисной политики в сфере здравоохранения, проводимой в зарубежных странах (параграф 3.1), определяются условия и ограничения применимости аналогичных мер в российской системе здравоохранения и предлагаются рекомендации о возможности внедрения лучших зарубежных практик (3.2).

При подготовке настоящего издания были использованы новейшие данные, имеющиеся в международных источниках, включая документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), публикации Всемирного Банка и информация из открытой печати о ситуации в странах Европейского региона в 2009 г. ВОЗ организовала несколько обсуждений проблем, связанных с воздействием кризиса на здравоохранение, включая Консультации высокого уровня по вопросам финансового и экономического кризиса и глобального здравоохранения в Женеве 19 января 2009 г. и совещание ВОЗ «Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ» в Осло 1–2 апреля 2009 г. Дополнительное обсуждение проблемы состоялось на 62-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2009 г. и на 59-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в сентябре 2009 г.

3.1

**АНАЛИЗ ПРИОРИТЕТОВ И СОДЕРЖАНИЯ АНТИКРИЗИСНОЙ ПОЛИТИКИ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

3.1.1. ОБЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ КРИЗИСА НА СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ

В 2009 г. мировая экономика пережила самый глубокий и широкомасштабный спад за весь период после Второй мировой войны. В четвертом квартале 2008 г. экономический рост во всех странах Европейского региона существенно замедлился, а в большинстве стран наступила рецессия. Сокращение ВВП в регионе составило в 2009 г. 4,7 %. Отмечается рост безработицы и снижение государственных доходов.

Государственный долг и дефицит государственного бюджета

Финансовый и экономический кризис влечет за собой серьезные последствия для государственных финансов в большинстве европейских стран. Экономический прогноз продолжает оставаться неопределенным, а проблемы дефицита государственного бюджета и увеличения государственного долга существенно возросли. Правительства предпринимают чрезвычайные меры по поддержке финансового сектора и других отраслей экономики, стимулированию потребления, сохранению рабочих мест и оказанию помощи безработным. В 2009 г. большинство стран Западной Европы и несколько стран Центральной и Восточной Европы приняли планы стимулирования экономики, на реализацию которых до 2010 г. планировалось потратить 0,3 % ВВП в Италии (там предполагалось, что за этими планами последуют новые меры), 1,3 во Франции, 3,4 в Германии и 1,5 % ВВП в Соединенном Королевстве (*International Monetary Fund, 2009b*). Расходы на антикризисные меры составляют 1,5 % ВВП в Азербайджане, 2% в Чешской Республике и целых 15 % ВВП в Киргизии. План Киргизии предусматривает краткосрочные меры в области продовольственной безопасности, энергетики, социальной политики и финансирования здравоохранения.

Экономический спад и затраты, связанные с внедрением стимулирующих мер, ведут к стремительному ухудшению состояния

государственных финансов со значительным ростом уровней бюджетного дефицита и государственного долга.

Динамика валютных курсов

Существенная девальвация валюты в Центральной и Восточной Европе ведет к росту цен на товары, имеющие отношение к здоровью, такие как пищевые продукты, изделия медицинского назначения и ЛС. Девальвация произошла в Албании, Армении, Венгрии, Казахстане, Польше, России, Румынии и Сербии. С 2008 г. польский злотый и украинская гривна упали по отношению к евро примерно на 30 % и по отношению к доллару примерно на 60 %.

Последствия для рынка труда и социальной сферы

По имеющимся на сегодняшний день сведениям, безработица в большей степени затронула мужчин, чем женщин (возможно, вследствие того что от кризиса больше всего пострадал сектор производства), а также людей в возрасте до 24 лет и старше 50 лет.

Ожидается, что в 2009 г. безработица превысит уровень 12 % или приблизится к нему в Албании, Ирландии, Хорватии, Грузии, Турции и Испании. Во Франции, Германии, Польше и Португалии этот показатель составит 9 % (по данным Unedic — the National Union for Employment in Industry and Commerce). В Боснии и Герцеговине уровень безработицы приблизился к 30 %, в бывшей Югославской Республике Македония — к 33, а в Латвии и Сербии превысил 17 %.

В среднем по Европейскому региону происходит снижение заработной платы. В Венгрии и Эстонии была сокращена заработка плата государственных служащих. Вероятность такого сокращения существует также в Албании, Беларуси, Боснии, Герцеговине и Латвии. Сокращаются возможности трудоустройства для мигрантов.

3.1.2. НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

Во время кризиса изменение объема ресурсов, доступных для системы здравоохранения, изменение условий и образа жизни и потребительского поведения, а также изменение социальных норм и ценностей оказывают влияние на показатели здоровья на-

селения и повышают риск возникновения у людей финансовых трудностей, обусловленных нарушениями здоровья (рис. 3.1).

Сокращение поступлений в государственные бюджеты и системы государственного медицинского страхования

Большинство стран Европейского региона испытывают финансовые ограничения и вынуждены проводить ревизию своих государственных бюджетов, включая бюджеты системы здравоохранения. О сокращении бюджетов здравоохранения заявили страны Балтии, Армения, Венгрия, Чехия, Румыния, Словакия, Таджикистан. Таким образом, в результате кризиса общественные расходы на здравоохранение могут сократиться в абсолютном выражении, так же как и их доля в ВВП (ВОЗ, 2009а).

В странах, где система здравоохранения финансируется через общие налоговые поступления, снижение ВВП и других экономических показателей ведет к значительному уменьшению объема государственных средств для здравоохранения, а в тех, где основным источником финансирования являются отчисления от заработной платы в фонды государственного медицинского страхования, рост безработицы влечет за собой сокращение доходов, предназначенных для здравоохранения.



Рис. 3.1. Влияние экономического кризиса на здравоохранение

Планы стимулирования экономики в Германии, Венгрии и Чешской Республике предусматривают снижение взносов в фонд социального страхования здоровья, выплачиваемых работодателями (Венгрия) и работниками (Германия, Чешская Республика).

Сокращения бюджетных расходов со значительными последствиями для здравоохранения и других социальных отраслей отмечены только в ограниченном числе стран (*ВОЗ, 2009b*). Последствия резкого ухудшения состояния государственных финансов для системы здравоохранения в полной мере проявятся позже. При существующих уровнях государственной задолженности более чем вероятно, что возможности для финансового маневра в течение предстоящих лет останутся ограниченными, а ресурсы для систем здравоохранения могут оказаться под значительным давлением.

Европейский сектор здравоохранения (в котором занято свыше 10% общего объема трудовых ресурсов) потерял не слишком много рабочих мест и фактически выступает в качестве стабилизирующей отрасли. Так же как и в США, в Европе здравоохранение — это один из крайне немногих экономических секторов, где все еще создаются новые рабочие места (*ВОЗ, 2009*). Кредитный кризис в большей степени нанес ущерб частным инвесторам в сфере здравоохранения, системам медицинского страхования, а также ряду форм государственно-частных партнерств.

Инфляция и снижение валютных курсов ведут к росту цен на лекарственные препараты

Снижение курсов национальных валют ведет к росту цен на импортные лекарства, средства медицинского назначения и расходные материалы, что ударяет в первую очередь по менее обеспеченным слоям населения. Эта ситуация усугубляется тем, что отдельные страны приняли решение о повышении налога на добавленную стоимость на лекарственные препараты в качестве средства для получения дополнительных доходов. Например, Литва в декабре 2008 г. отменила льготную ставку НДС в размере 5% на лекарственные средства. Теперь они облагаются налогом по стандартной ставке 19%. В результате цены на лекарственные средства увеличились в декабре 2008 г. по сравнению с декабрям 2007 г. почти на 14%, а расходы на медицинскую помощь — на 10% (*ВОЗ, 2009*). В Казахстане, Молдове и Украине цены на лекарственные средства повысились на 30%.

Расходы на лекарственные средства занимают наибольшую часть в структуре частных расходов на здравоохранение в Европейских странах. Например, в Венгрии их доля составляет две трети.

Повышение цен на медицинские услуги

В восточной части Европейского региона отмечается повышение цен на медицинские услуги. Например, на Украине в первые два месяца 2009 г. цены на медицинские услуги по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. выросли более чем на 30 %. Во многих странах региона рост цен может оказать существенное влияние на уровень частных расходов на здравоохранение, которые осуществляются в форме официальной платы за пользование услугами, включая соплатежи, оплаты дополнительного медицинского страхования или неформальных платежей. Рост цен может удерживать пациентов от обращения за необходимой помощью по мере того, как она становится им не по карману. В наибольшей степени это затрагивает пациентов с низким уровнем доходов. Еще до кризиса ВОЗ отмечала, что в 2005 г. доля частных расходов на здравоохранение в Албании, Азербайджане, Армении, Греции, Грузии, на Кипре, в Киргизии, Таджикистане и Узбекистане превышала 50 % общей суммы расходов (ВОЗ, 2009).

Отдельные меры, предпринимаемые правительствами, как, например сокращение ставок заработной платы медицинских работников, могут только усилить давление последних на пациентов с целью получения неформальных платежей.

Известно, что несоблюдение предписанного режима лечения может в качестве отдаленных последствий приводить к росту заболеваемости, повышению частоты осложнений хронических состояний и случаев лекарственной устойчивости при инфекциях. Однако на сегодняшний день отмечены лишь ограниченные изменения в уровне использования услуг здравоохранения и потребления лекарственных препаратов.

Сокращение доходов домохозяйств может привести к повышению спроса на услуги государственной системы здравоохранения вместо частных медицинских услуг.

Изменения в поведении населения

Увеличение масштабов безработицы, ухудшение условий жизни людей и дополнительные стрессы, обусловленные кризисом, ведут к активизации менее здорового образа жизни или рискован-

ных форм поведения, например к росту потребления наркотиков и алкоголя. Бремя болезней, обусловленных злоупотреблением алкоголем и наркотиками, представляет серьезную проблему, и кризис может спровоцировать ее дальнейшее обострение. Имеются данные о росте потребления дешевой пищи быстрого приготовления, об увеличении количества психических расстройств. Известно, что даже незначительные изменения в сегодняшнем поведении человека, накапливаясь с течением времени, могут проявиться в показателях здоровья через несколько лет.

3.1.3. СРАВНЕНИЕ ЗАДАЧ И ПРИОРИТЕТОВ АНТИКРИЗИСНОЙ ПОЛИТИКИ В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ

На совещании ВОЗ «Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ» были приняты рекомендации для правительств стран Европейского региона по антикризисным мерам (ВОЗ, 2009). Эти рекомендации сводятся к 12 основным стратегиям:

1. Распределять материальные блага на основе принципов со-лидарности и справедливости.
2. Увеличивать объемы официальной помощи на цели развития, с тем чтобы защитить наиболее уязвимых.
3. Инвестировать в здоровье, чтобы повышать благосостояние; защищать бюджеты здравоохранения.
4. «Каждый министр — это министр здравоохранения». При проведении любых политических реформ анализировать их влияние на здоровье населения и на распределение благосостояния.
5. Сохранить услуги общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, дающие реальный эффект при наименьших затратах.
6. Добиваться проведения в жизнь принципа «Больше инвестиций в здоровье и больше здоровья от этих инвестиций». Укреплять позиции доказательной медицины и улучшать ее качество с помощью прозрачных механизмов мониторинга и оценки деятельности.
7. Обеспечить всеобщий доступ к программам социальной защиты.
8. Обеспечить всеобщий доступ к услугам здравоохранения.
9. Способствовать применению всеобщих и обязательных форм сбора денежных поступлений, предполагающих перераспределение бремени расходов.

10. Рассмотреть вопрос о введении или повышении налогов на табачные изделия, алкоголь и продукты с высоким содержанием сахара и соли.

11. Усилить деятельность по подготовке медицинских специалистов и обеспечивать соблюдение этических принципов при найме на работу.

12. Поощрять активное участие общественности в разработке мер по смягчению последствий кризиса для здравоохранения.

Основной задачей антикризисной политики большинства стран в области здравоохранения является обеспечение финансовой устойчивости системы здравоохранения и доступности необходимой медицинской помощи, в особенности для малоимущих и наиболее уязвимых групп населения.

Содержание антикризисных программ в каждой стране специфично и учитывает местные потребности, однако можно выделить ряд общих элементов. Это приоритетное внимание укреплению первичной медико-санитарной помощи, сокращение избыточных мощностей в стационарном секторе, реформирование системы управления отраслью, внедрение эффективных методов оплаты медицинских услуг и закупочных механизмов.

Особое внимание уделяется защите от сокращений расходов на первичную медико-санитарную помощь, неотложную и скорую медицинскую помощь, программа иммунизации и охраны материнства и детства, а также обеспечению финансовой доступности лекарственных средств.

Финансово-экономический кризис не должен приводить к повышению финансовых барьеров для бедных в доступе к медицинским услугам и финансовых рисков для тех, кто имеет серьезные проблемы со здоровьем, в особенности в странах, где значительно распространена оплата медицинских услуг пациентами.

В случае снижения бюджетных расходов на здравоохранение принимаются особые меры по защите средств бюджета, вкладываемых в программы общественного здравоохранения и в первичную медико-санитарную помощь; по уменьшению объема расходов на менее экономически эффективные виды медицинской помощи, к которым, как правило, относятся наиболее высокотехнологичные и дорогостоящие медицинские услуги в стационарах; по замораживанию планов инвестирования в дорогостоящие объекты, сооружения и оборудование; по стимулированию использо-

вания непатентованных лекарств; по усилению государственного регулирования ценообразования на лекарственные средства.

Конкретные меры, предпринимаемые для реализации данных задач и приоритетов, можно сгруппировать по следующим направлениям:

- поиск дополнительных источников доходов для финансирования здравоохранения;
- экономия в использовании имеющихся ресурсов;
- повышение эффективности использования ресурсов;
- поддержка наиболее уязвимых групп населения.

Ниже представлен обзор антикризисных мер, реализуемых в отдельных странах, и дается оценка того, как решаются задачи государственной политики в сфере здравоохранения.

3.1.4. ОБЗОР КОНКРЕТНЫХ АНТИКРИЗИСНЫХ МЕР

3.1.4.1. Меры по привлечению дополнительных источников доходов для финансирования сектора здравоохранения

Среди мер, которые направлены на увеличение доходной базы сектора здравоохранения, можно выделить четыре основные группы:

- увеличение косвенных налогов для целей здравоохранения;
- привлечение дополнительных донорских и заемных средств;
- привлечение частных источников финансирования;
- увеличение государственных субсидий на финансирование медицинского страхования.

Увеличение косвенных налогов для целей здравоохранения

Правительства рассматривают возможность введения или повышения налогов на табак, алкоголь и продукты с высоким содержанием сахара и соли. Такие меры могут не только обеспечить дополнительный источник доходов для системы здравоохранения, но и оказать положительное влияние на общественное здоровье.

Польша приняла решение о создании фонда солидарности, который будет финансироваться за счет повышения акцизных сборов на алкоголь и импортируемые автомобили. Пособия, финансируемые из этого фонда, предполагается ориентировать на уязвимые группы населения. Словения и Венгрия повысили акцизные сборы на алкоголь, табачные изделия и топливо (*ВОЗ, 2009*).

Украина повышала акцизы на табак в сентябре 2008 г., мае и октябре 2009 г., благодаря чему поступления в государственный бюджет от акцизных сборов на изготовленные в Украине табачные изделия увеличились в январе—июне 2009 г. в 2,3 раза по сравнению с аналогичным периодом 2008 г. и бюджет получил дополнительно почти 2 млрд гривен.

В то же время ряд стран, например Эстония и Латвия, повысили налог на добавленную стоимость на ЛС, что может негативно отразиться на доступности медицинской помощи.

Международная помощь

Венгрия была одной из первых стран, испытавших негативное воздействие финансового кризиса, которая обратилась за финансовой помощью. Правительство Венгрии получило от МВФ, Всемирного Банка и ЕС пакет экстренной помощи в сумме 20 млрд евро. Венгрия также продолжает получать финансовую помощь от ЕС на реализацию нескольких программ в области общественного здравоохранения (в сфере онкологии, сердечно-сосудистых заболеваний, охраны материнства и детства), что позволит ей до 2013 г. продолжить укрепление первичной медико-санитарной помощи (врачи общей практики, амбулаторное лечение) и развивать информационные технологии в сфере здравоохранения.

Украина договорилась с МВФ о выделении кредита в размере 16 млрд долл. для покрытия существующего дефицита финансовых средств. Сербия получит от МВФ заем в сумме 518 млн долл. и намерена искать дополнительную международную поддержку для сдерживания роста своего бюджетного дефицита. Беларусь получит заем в размере 2,46 млрд долл. на 15 мес. (*ВОЗ, 2009*).

Страны с низким уровнем доходов, такие как Киргизия, Узбекистан, Таджикистан, Армения и Грузия, имеют ограниченные ресурсы для того, чтобы защитить свои социальные расходы в период экономического спада, их население наиболее уязвимо пе-

ред лицом кризиса. В этих странах получение донорской помощи может предотвратить рост частных расходов на здравоохранение, оплачиваемых пациентами, а также обеспечить целевое финансирование предоставления основных медицинских услуг уязвимым группам населения (*Schneider, 2009*).

Повышение размеров оплаты за медицинские услуги, соплатежей и другие формы частного финансирования, включая дополнительное медицинское страхование

Предполагается, что в результате кризиса в большинстве стран Центральной и Восточной Европы доля частных источников финансирования здравоохранения будет возрастать.

Латвия повышает плату за пользование услугами первичной и вторичной медицинской помощи и вводит принцип совместной оплаты лекарственных средств.

Правительство Хорватии для уменьшения дефицита в системе медицинского страхования планирует увеличить на 20 % размеры соплатежей за лекарственные средства и медицинские услуги и поощрять использование дополнительного медицинского страхования. Определенные группы населения, в частности уязвимые и социально не защищенные, будут освобождены от соплатежей. Повышение размеров соплатежей будет распространяться на тех застрахованных, которые не имеют дополнительного государственного медицинского страхования. Страховые взносы на дополнительное государственное медицинское страхование будут повышаться пропорционально доходам. Против этих планов выступают некоторые оппозиционные партии и примерно половина всех врачей общей практики в стране, которые опасаются, что повышение размеров соплатежей и страховых взносов на дополнительное медицинское страхование отпугнет пациентов от обращения за нужной им помощью (*BOZ, 2009*).

Увеличение государственных субсидий на финансирование медицинского страхования

Германия и Австрия ввели государственные субсидии для покрытия растущего дефицита в системе социального медицинского страхования.

В Германии кризис совпал с учреждением 1 января 2009 г. нового централизованного фонда, в котором на федеральном уровне будут объединяться все взносы по социальному медицинскому страхованию.

нию. Первоначально была установлена стандартная ставка взносов 15,5 % общего дохода для лиц, чей доход не превышает установленный максимальный уровень. Однако ожидаемый объем поступлений, рассчитанный в октябре 2008 г. на основе данных за 2007 г., был скорректирован в сторону уменьшения с учетом сокращения общего фонда заработной платы, средних размеров заработной платы и уровня занятости (*Federal Ministry of Health, 2009*). Предусматривается очередное вливание бюджетных средств в систему социального медицинского страхования с целью снижения ставки взносов до 14,9 %. Государственные субсидии системе социального медицинского страхования к 2012 г. постепенно будут увеличены до 14 млрд евро (*Federal Ministry of Health, 2009*). Учреждение нового фонда облегчает проведение более централизованного мониторинга поступлений в систему социального медицинского страхования и расширяет возможности осуществлять перечисления из налоговых источников. Финансовый кризис может стать важным этапом для проверки эффективности предпринимаемых мер.

В Австрии фонды социального медицинского страхования в 2008 г. сообщили о дефиците своего бюджета в сумме около 1,2 млрд евро. В нескольких фондах ожидался дальнейший рост дефицита бюджета вследствие продолжающегося увеличения расходов и снижения поступлений из-за текущего экономического спада. Меры правительства по преодолению последствий резкого снижения поступлений в систему социального медицинского страхования предполагают увеличение государственных субсидий начиная с 2010 г., которое в сумме составит 450 млн евро. Кроме того, должен быть создан структурный фонд, размер которого ежегодно будет составлять 100 млн евро. Субсидии из этого фонда, выдаваемые медицинским страховщикам, будут ставиться в зависимость от показателей экономической эффективности.

3.1.4.2. Экономия в использовании имеющихся ресурсов

Вследствие сокращения базы налоговых поступлений во многих странах был осуществлен пересмотр государственных бюджетов в сторону уменьшения. Такое сокращение уже провели Португалия, Бельгия, Эстония, Латвия, Литва, Венгрия, Словакия и Чешская Республика. Бюджет здравоохранения Украины остается на уровне 2008 г., несмотря на инфляцию 21 % и обесценивание местной валюты в 2008 г. Примерно на 3 % сократила расходы на медицинское страхование Черногория, отчасти из-за сокраще-

ния базового пакета, покрываемых медицинской страховкой услуг первичной медико-санитарной помощи (в основном стоматологической).

Ряд стран в своих проектах на 2009 г. первоначально планировали рост бюджетов. Рост был объявлен в Армении (около 20%), Албании (около 4,7%), Грузии (около 21%), Литве (13%), Молдове (30%), Киргизии, Македонии и Турции (*ВОЗ, 2009*).

В Белоруссии произошло сокращение расходов на здравоохранение в среднем на 18 % по сравнению с уровнем, утвержденным в ноябре 2008 г. Законом о бюджете на 2009 год. Минимальный норматив бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение на одного жителя Белоруссии установлен в размере 503 тыс. руб., т.е. на уровне 2008 г., хотя в соответствии с первоначальными бюджетными планами на 2009 г. он был установлен в размере 667 535 руб.

Как и в любой ситуации жесткого финансового дефицита, может оказаться неминуемым введение ограничительных мер (откладывание или пересмотр инвестиций, отказ от предоставления определенных видов услуг, повышение объемов соплатежей или удлинение очередей на медицинское обслуживание). Например, Эстония осуществляет комплекс мер по ограничению издержек, в который входит сокращение государственных административных расходов и уменьшение пособий по временной нетрудоспособности. Ряд стран сокращают предоставляемые государством виды медицинских услуг или увеличивают время по листам ожидания. В Болгарии и Венгрии заморожен уровень заработной платы медицинских работников в государственных больницах и в министерстве здравоохранения. Венгрия снизила заработную плату незначительно для тех медицинских работников, чьи заработки превышают определенный порог. В то же время Финляндия и Греция во исполнение соглашения с профсоюзами повысили уровни заработной платы медицинских работников. В Словении осуществляется повышение заработной платы медицинских работников, которое было запланировано еще до кризиса, несмотря на то что это, как ожидается, создаст трудности для бюджета медицинского страхования.

3.1.4.3. Повышение эффективности использования ресурсов

В условиях растущих финансовых ограничений задача повышения эффективности использования ресурсов становится все более актуальной. В Португалии именно ввиду кризиса планируется

продолжать реформы, касающиеся поставщиков первичной, вторичной и долгосрочной медицинской помощи, поскольку ожидается, что именно эти реформы позволят получить дополнительные поступления в бюджет (*Portuguese Republic, Ministry of Finance and Public Administration, 2009*).

Во многих странах Европейского региона основной причиной структурной неэффективности остаются избыточные стационарные мощности. Стационары потребляют основную долю ресурсов системы здравоохранения. Поскольку реструктуризация стационарного сектора является политически сложным решением, кризис предоставляет правительству дополнительный шанс для ее осуществления. Такие реформы, как правило, сопровождаются мерами по повышению производительности труда медицинских работников. Так, рационализация стационарной помощи идет параллельно с реформой методов оплаты медицинской помощи, предусматривающей введение финансовых стимулов для повышения эффективности функционирования стационаров. В результате стационары мотивируются к снижению средней продолжительности пребывания больного на койке, сокращению коекного фонда, перепрофилированию коек в более дешевые койки долговременной медицинской помощи и восстановительного лечения.

Ряд стран приняли меры по сдерживанию затрат на лекарственные средства. Среди этих мер контроль за проведением публичных тендеров по закупке лекарственных средств, сокращение числа тендеров с целью закупки больших объемов медикаментов по более низким ценам, закупка дженериков вместо патентованных лекарств, включение в перечень жизненно важных лекарственных средств, более дешевых препаратов, установление референтных цен.

3.1.4.4. Поддержка наиболее уязвимых групп населения

Во время кризиса в наибольшей степени страдают малоимущие и наиболее уязвимые слои населения. Дети и пожилые люди обычно подвержены более высокому риску бедности.

Существует несколько подходов к защите уязвимых групп населения.

Первый подход состоит в обеспечении приоритетного финансирования из общественных источников тех видов медицинской помощи, которые в наибольшей степени востребованы малоимущими и наиболее уязвимыми группами населения (например,

приоритетное финансирование первичной медико-санитарной помощи в противовес стационарной помощи). Такой подход позволяет минимизировать последствия сокращения величины общественных расходов на здравоохранение. К приоритетным относятся услуги по охране материнства и детства, предоставляемые на первичном уровне, а также профилактика и лечение инфекционных заболеваний (таких как туберкулез), которые в наибольшей степени распространены среди бедных.

Второй подход предусматривает введение прозрачных механизмов софинансирования (официальных соплатежей и мер по сокращению практики неформальной оплаты) посредством кампаний по информированию населения и медицинских работников. При введении официальных соплатежей финансовые барьеры для малоимущих и уязвимых групп населения могут быть минимизированы посредством применения определенных критериев, освобождающих данные группы от соплатежей. Опыт европейских стран показывает, что наиболее часто от соплатежей освобождаются дети до достижения определенного возраста и бездомные. Соплатежи, как правило, не применяются по отношению к следующим услугам: профилактические услуги, неотложная и скорая медицинская помощь, услуги по охране материнства и детства и услуги общественного здравоохранения (*Docteur, 2009a*).

Грузия распространила свою Программу медицинской помощи (полностью субсидируемый ваучер медицинского страхования, покрывающий пакет основных услуг медико-санитарной помощи, содержание которого определяет государство) еще на 200 тыс. человек, живущих за чертой бедности. В Словении в январе 2009 г. введено государственное субсидирование взносов по медицинскому страхованию для уязвимых групп населения. В Сербии из-за финансовых трудностей возник риск прекращения страхового покрытия государством некоторых уязвимых групп населения, однако Министерство здравоохранения продолжает реализацию плана по охране здоровья живущих в стране цыган, которые относятся к самым уязвимым группам. Молдавия в настоящее время рассматривает вопрос о модернизации своей системы государственного субсидирования взносов по медицинскому страхованию, с тем чтобы предоставлять более целенаправленную поддержку наиболее уязвимым группам. В Португалии была выдвинута политическая инициатива, согласно которой предлагается отменить или уменьшить соплатежи, взимаемые с пациентов в отделениях неотложной помощи и в стационарных учреждениях.

3.1.4.5. Рост вложений в инфраструктуру

В нескольких странах Западной Европы, таких как Дания, Франция и Германия, в комплексах мер по стимулированию экономики большое внимание уделяется увеличению государственных инвестиций в развитие инфраструктуры, что может открыть возможность для финансирования капиталовложений в медицинские учреждения. Так, больницы Германии за последние годы накопили миллиарды евро в виде временно приостановленных инвестиций. Во второй пакет мер государственного стимулирования входит программа инвестиций общим объемом 50 млрд евро, из которых 10 млрд выделяются на местные инвестиционные программы, откуда могут быть взяты средства для инвестирования в больницы любых форм собственности. Ожидается, что федеральные земли (а они отвечают за капитальное финансирование больниц) будут покрывать 25% инвестиционных расходов (*Federal Ministry of Health, 2009*).

Греция в своей программе по увеличению инвестиций в развитие инфраструктуры предусматривает содействие партнерским отношениям между частным и государственным секторами, включая государственные больницы, однако государственных средств на реализацию этих инициатив не хватает.

На сегодняшний день, несмотря на эпизодическое наличие в отдельных программах восстановления экономики компонента «зеленых инвестиций» с потенциальным прогнозом позитивного влияния на показатели здоровья в средне- и долгосрочном плане, в этих программах практически отсутствуют признаки целенаправленных вмешательств, прямо относящихся к защите здоровья. Возможности, которые имелись в рамках первой волны программ экономического восстановления, были во многом упущены, поскольку в большинстве этих программ решение проблем, касающихся здоровья и окружающей среды, было отодвинуто на поздние сроки.

Однако во многих странах имеется потенциал для внедрения в инфраструктуру здравоохранения энергосберегающих технологий, что могло бы способствовать снижению текущих расходов отдельных медицинских учреждений и системы здравоохранения в целом. Снижение фиксированных расходов (на отопление, электроэнергию и т.п.) позволит использовать значительную долю имеющихся государственных ресурсов на собственно оказание

медицинской помощи (например, на закупку лекарственных препаратов и других медицинских расходных материалов). Инвестиции, учитывающие интересы здоровья, могли бы способствовать снижению уровня загрязнения окружающей среды, уменьшению рисков, связанных с угрозой инфекционных болезней, удовлетворению потребностей пожилых людей и уязвимых групп населения и значительно снизить определенные виды издержек как для семей, так и для общества в целом.

3.1.5. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ СРЕДНЕСРОЧНЫХ ЗАДАЧ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИТУАЦИИ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

В настоящее время большинство стран в Европейском регионе, несмотря на кризис, планируют продолжать реализацию программы реформирования системы здравоохранения с целью повышения ее эффективности и финансовой устойчивости.

3.1.5.1. Повышение эффективности системы здравоохранения в условиях сокращения ресурсов в Венгрии

В последнем отчете Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) отмечалось, что Венгрия входит в число стран с наименее эффективными системами здравоохранения.

За период с 2000 по 2006 г. общие расходы на здравоохранение в Венгрии возросли с 7 до 8,3 % ВВП. Это достаточно высокие темпы роста по сравнению с другими странами ЕС. Национальный фонд медицинского страхования в 2000–2006 гг. имел дефицит бюджета. В 2007 г. был достигнут профицит благодаря обязательным платежам из государственного бюджета за пенсионеров и других лиц, не уплачивающих взносы в систему государственного медицинского страхования, а также благодаря строгому контролю за расходами и сокращению коечного фонда в стационарах.

В Венгрии возможности увеличения доходов системы государственного медицинского страхования весьма ограничены, принимая во внимание то, что уже ставка страхового взноса относительно высока — 12,5 % заработной платы. Растущий уровень безработицы и замораживание заработной платы приведут к сокращению поступлений к страховщикам. Недавние попытки введения соплатежей не увенчались успехом, так как не получили поддержки на национальном референдуме, проведенном в апреле 2008 г.

В настоящее время основной задачей правительства Венгрии является то, как улучшить состояние здоровья населения (уровень которого хуже по сравнению с другими странами ЕС) и при этом вновь не допустить дефицита бюджета.

Эффективность системы здравоохранения в Венгрии может быть повышена посредством дальнейшего реформирования стационарной и амбулаторной помощи. Венгрия имеет одни из самых высоких в Европейском Союзе показатели амбулаторных посещений на душу населения и уровня госпитализации. И хотя число коек на душу населения в последние годы сократилось, этот показатель существенно выше среднего показателя стран ЕС — 71,3 койки на 10 тыс. населения в Венгрии по сравнению с 57 койками на 10 тыс. населения в странах ЕС.

В условиях ухудшения финансовой ситуации Венгрия взяла заем Всемирного Банка для поддержки реформы системы здравоохранения, направленной на повышение финансовой устойчивости государственной системы медицинского страхования и эффективности системы оказания медицинской помощи. В настоящее время правительством разрабатывается нормативно-правовая база, предусматривающая усиление роли врача общей практики с целью сокращения числа визитов к узким специалистам и снижения уровня госпитализации. Реформа включает также изменения в управлении стационарами, в частности, меры по подготовке стационаров к корпоративизации, что должно повысить эффективность управления коечным фондом, и к введению независимого аудита стационаров. Еще одной рекомендуемой мерой является централизация закупок товаров и услуг для стационаров; это может содействовать повышению эффективности и сокращению административных затрат. Предусматриваются меры по усилению позиций фонда медицинского страхования в качестве покупателя медицинских услуг посредством консолидации его филиалов, а также избирательного заключения договоров с поставщиками медицинских услуг с учетом результатов их деятельности. С целью повышения качества оказания медицинской помощи и улучшения конечных результатов функционирования системы здравоохранения Венгрия планирует дальнейшее совершенствование системы оплаты медицинской помощи на основе вознаграждения поставщиков медицинских услуг в зависимости от достижения установленных показателей (*Docteur, 2009b*).

3.1.5.2. Организация медицинского обслуживания в Латвии в условиях значительного сокращения бюджета здравоохранения

Латвия — одна из стран, которые в наибольшей степени пострадали от финансового кризиса. После периода быстрого экономического роста, наблюдавшегося в середине нынешнего десятилетия, в последнем квартале 2008 г. в стране были отмечены одни из худших в ЕС показатели экономического развития, что привело к смене правительства в конце февраля 2009 г.

В течение последних лет Латвия осуществила ряд реформ в области здравоохранения. Однако прогресс, достигнутый в ходе их реализации, был значительно скромнее, чем в других странах — новых членах Евросоюза. В настоящее время система здравоохранения Латвии характеризуется избыточной инфраструктурой, низкой производительностью, плохими показателями здоровья и недофинансированием. В апреле 2009 г. Латвия заняла последнее место среди 31 страны ЕС, участвовавшей в опросе, по Европейскому индексу потребителей услуг здравоохранения (Euro Health Consumer Index)¹.

Две трети общественных расходов на здравоохранение направляются на финансирование стационарной помощи. В стационарах отмечаются избыток коекного фонда (75,7 коек на 10 тыс. населения в 2007 г.) и низкая эффективность его использования. Соответственно высок уровень госпитализации. Отмечается а также одна из самых высоких, по сравнению с европейскими странами, средняя продолжительность пребывания в стационаре. Несмотря на это показатель занятости койки составляет лишь 66 %. Правительство Латвии в ряду мер по реформе системы оказания медицинской помощи усилило внимание к повышению эффективности работы стационаров, включая сокращение коекного фонда и разработку стационарами бизнес-планов.

Экономический кризис, растущий финансовый дефицит, затронувший и сектор здравоохранения, привели к принятию правительством Латвии ряда краткосрочных мер. В начале 2009 г. были уменьшены уровни возмещения затрат поставщикам медицинских услуг. С 1 февраля 2009 г. были увеличены размеры соплатежей за медицинские услуги с целью сокращения потребления этих услуг. Однако соплатежи не распространяются на такие жизненно важные виды помощи, как иммунизация и охрана ма-

¹Публикуется институтом Sweden's Health Consumer Powerhouse.

теринства и детства. Предполагается проводить мониторинг воздействия этих краткосрочных мер на доступность медицинской помощи, принимая во внимание, что уровень частных расходов на здравоохранение был уже достаточно высоким и в стране существуют проблемы с доступностью к необходимым медицинским услугам, в особенности для групп населения с низкими доходами.

Правительством Латвии обсуждаются следующие вопросы: сокращение штатов и сокращение заработной платы сотрудников Министерства здравоохранения и подведомственных ему агентств; сокращение коекного фонда; замещение стационарной помощи менее затратной амбулаторной помощью и услугами дневных стационаров; перевод отдельных видов специализированной медицинской помощи в «негативный» перечень медицинских услуг, не покрываемых в рамках государственного страхования; сокращение потребления медицинских услуг посредством дальнейшего повышения соплатежей наряду с выделением единственной группы населения — детей младше 18 лет, которой предоставляются льготы по оплате соплатежей (*Docteur, 2009b*).

3.1.5.3. Проведение административной реформы для повышения эффективности здравоохранения в Польше

Благодаря сильным экономическим позициям в начале кризиса Польша, вероятно, в меньшей степени затронута рецессией по сравнению с другими европейскими странами. В то же время в Польше резко замедлился экономический рост, заставляя правительство страны направлять усилия на структурные улучшения и поддержку приоритетных социальных программ.

В отличие от Венгрии и Латвии, Польша добилась более высоких результатов в повышении эффективности системы здравоохранения в предкризисный период посредством реформирования отрасли. Была укреплена первичная медико-санитарная помощь и проведена реструктуризация стационаров. В настоящее время показатель обеспеченности койками составляет 51,6 коек на 10 тыс. населения, что существенно ниже среднеевропейского уровня (57 коек на 10 тыс. населения).

В Польше создана относительно устойчивая система государственного медицинского страхования, которая адекватно финансируется и обеспечивает защиту прав граждан страны на получение медицинской помощи. В последние годы эта система функциони-

ровала с профицитом, что позволило сформировать резервы, которые будут использованы в период экономического спада. По прогнозам, только затяжной экономический спад сможет привести к серьезному финансовому дефициту системы.

В период кризиса правительство Польши разработало программу структурных реформ, предполагающую использование ряда новых управленческих и финансовых механизмов. С целью решения постоянно возникающих проблем с образованием задолженности у стационаров правительство планирует в полном объеме обеспечить финансирование новой программы добровольной корпоративизации государственных стационаров, что позволит им функционировать как субъектам частного права, а также предусматривает усиление мониторинга деятельности стационаров, оставшихся в общественном секторе. Эти меры помогут изменить приоритеты расходования средств системы здравоохранения в среднесрочной перспективе. С целью повышения качества оказания медицинской помощи будут усовершенствована система аккредитации поставщиков медицинских услуг и нормативная база. Планируется введение новой системы оплаты стационарной помощи, основанной на диагностически связанных группах (DRGs). Она должна будет содействовать повышению производительности стационаров и обеспечить необходимую информацию о том, какие усилия по повышению эффективности их работы и качества медицинской помощи необходимо предпринимать в дальнейшем (*Docteur, 2009*).

3.1.5.4. Рациональное использование в период кризиса ресурсов системы здравоохранения в Эстонии

В течение последних 15 лет Эстония осуществила комплексную программу реформирования системы здравоохранения и достигла значительных результатов в повышении качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов. Был завершен перевод первичного звена на принципы семейной медицины и проведена комплексная реструктуризация стационарной сети. Показатель обеспеченности больничными койками составляет 55,7 на 10 тыс. населения, что ниже среднего уровня по странам ЕС. Ряд показателей системы здравоохранения приведен в табл. 3.1.

Основа нынешней системы здравоохранения Эстонии — принцип разделения оказания медицинских услуг и их финансирования,

Таблица 3.1

Основные показатели системы здравоохранения Эстонии

Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Изменение в 2008 г. по сравнению с 2007 г., %
Количество застрахованных в конце года	1 271 558	1 271 354	1 278 016	1 287 765	1 281 718	-0,5
Доходы системы государственного медицинского страхования (тыс. крон)	6 350 129	7 346 892	8 909 947	11 182 824	12 899 863	15
Расходы системы государственного медицинского страхования (тыс. крон)	6 136 989	6 983 752	7 946 048	10 148 769	12 222 956	20
Доля доходов системы государственного медицинского страхования в ВВП (%)	4,1	4,0	3,8	4,2	4,9	0,7
Средняя продолжительность лечения (дней)	6,6	6,9	6,3	6,4	6,3	-2
Средняя стоимость одного случая лечения (кроны), в том числе:						
амбулаторная помощь	409	468	447	548	671	23
дневной стационар	—	—	4 942	6 435	7 324	14
стационарная помощь	8 701	10 079	10 981	13 629	15 775	16

Источник: Больничная касса Эстонии, 2008.

относительно большая независимость поставщиков медицинских услуг и система семейной медицины. Финансирующей стороной является Национальный фонд медицинского страхования, который напрямую не вмешивается в управление медицинскими учреждениями, что позволяет беспристрастно принимать решения об оплате медицинских услуг, учитывая прежде всего потребности застрахованных и рациональное использование средств медицинского страхования. Доля средств государственного медицинского страхования в общественных расходах на здравоохранение составляет 85 %, а в общих расходах — 64 %.

В 2007–2008 гг. Эстония занимала первое место в рейтинге стран с наиболее экономически эффективными системами здравоохранения в соответствии с Европейским индексом потребителей услуг здравоохранения, а в 2008 г. — 11-е место среди европейских стран по уровню комфортности системы здравоохранения для пациентов, опередив Великобританию и Бельгию.

В то же время финансовый кризис оказал на экономику страны сильное воздействие. Сокращение государственного бюджета в 2009 г. составило 9 % ВВП, что отразилось на системе здравоохранения. В соответствии с Европейским индексом потребителей услуг здравоохранения, опубликованным в октябре 2009 г., Эстония опустилась с 11-го на 18-е место среди 32 участвовавших в опросе стран.

В предкризисные годы Национальный фонд медицинского страхования, благодаря превышению доходов над расходами, сформировал существенные финансовые резервы. В период 2005–2008 гг. доходы фонда росли на 15–25 % в год. Однако предполагалось, что в 2010 г. дефицит фонда составит 570 млн крон (54 млн долл. США) и что этот дефицит будет покрыт за счет резервов, накопленных в предыдущие годы.

С ухудшением финансово-экономической ситуации финансирование системы государственного медицинского страхования практически не увеличивается, но есть стремление сохранить достигнутый уровень несмотря на рост числа обращений за медицинской помощью. В 2008–2009 гг. принимались решения о сокращении ранее принятых бюджетов Национального фонда медицинского страхования. Это было вызвано снижением поступлений от социальных налогов в связи с задержкой роста заработной платы и ростом безработицы.

Поставлена задача в условиях экономического спада сохранить доступность медицинской помощи и льготных лекарств, не допус-

тить разрушения инфраструктуры здравоохранения, использовать накопленные денежные резервы для поддержания финансовой стабильности в системе государственного медицинского страхования.

В то же время кризис заставляет экономно расходовать ресурсы. Большую долю расходов (19 % общих) составляют расходы на оплату листов нетрудоспособности. Снижение роста занятости населения и прекращение роста средней заработной платы уменьшают доходы, идущие на компенсацию нетрудоспособности. 20 февраля 2009 г. Государственное собрание приняло решение, согласно которому Национальный фонд медицинского страхования начнет выплачивать компенсацию по нетрудоспособности начиная с 9-го дня. Фонд также больше не компенсирует расходы на зубное лечение взрослым (с 19 лет до пенсии).

Весной 2009 г. были сокращены на 5 % договорные объемы медицинской помощи, оказываемой стационарами, и увеличены сроки ожидания амбулаторного лечения с 4 до 6 недель. Сроки ожидания стационарного лечения не были изменены и сохранились на уровне 8 мес.

С 15 ноября 2009 г. сокращены на 6 % предельные тарифы на медицинскую помощь в системе государственного медицинского страхования. Эта мера влечет за собой руководства уменьшение заработной платы персонала медицинских учреждений примерно на 12 %. Считается, что повышение предельных тарифов позволит избежать дальнейшего увеличения сроков ожидания лечения.

Из-за уменьшения финансовых ресурсов не приходится рассчитывать на включение новых инновационных способов лечения в перечень услуг государственного медицинского страхования и сокращение очередей на лечение. И все же благодаря рационализации с 1 июля 2009 г. была обеспечена возможность использования новых эффективных лекарств для лечения некоторых онкологических заболеваний и новых услуг, например имплантации кардиостимуляторов.

В то же время в Эстонии не ограничиваются мерами экономии. В стране продолжается курс на дальнейшее повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения. Одно из направлений этого курса — внедрение оплаты по результатам для семейных врачей. В 2008 г. в этой программе участвовало 78 % семейных врачей, планируется дальнейший рост их охвата. Система оплаты по результатам постоянно совершенствуется. Впервые она

была введена для семейных врачей в 2006 г. Ее целью было улучшение наблюдения за здоровьем населения, профилактика заболеваний и контроль за состоянием здоровья пациентов с хроническими заболеваниями со стороны врачей и семейных медицинских сестер. Если сначала деятельность семейных врачей оценивали по наблюдению за пациентами с двумя хроническими заболеваниями (диабет II типа и гипертония), то теперь в систему оценки включено наблюдение за пациентами с недостаточностью щитовидной железы и инфарктом миокарда (*Больничная касса Эстонии, 2008*).

3.1.5.5. Обеспечение доступности медицинской помощи в условиях кризиса в Киргизии

Страны с низкими доходами и высокой долей частных расходов на здравоохранение особо уязвимы в период финансово-экономических потрясений. И тем не менее в Киргизии на сегодняшний момент финансовый кризис не оказал существенного воздействия на уровень государственного финансирования системы здравоохранения. Страна получает существенные средства от международных организаций-доноров для финансирования здравоохранения. Одним из условий предоставления международной финансовой помощи является поддержание финансирования здравоохранения из национальных источников на уровне, определяемом в рамках международных соглашений.

В 2004 г. консорциум, состоящий из 10 организаций-доноров во главе с Всемирным Банком, принял решение о применении широкосекторального подхода (Sector-Wide Approach, SWAp) для поддержки киргизской системы здравоохранения с целью гармонизации донорского сотрудничества и повышения эффективности предоставляемой помощи. Пять организаций-доноров согласились объединить свои ресурсы и направить их непосредственно в бюджет страны для поддержки разработанной Министерством здравоохранения Киргизии национальной программы реформирования здравоохранения «Манас Таалими», которая является продолжением национальной программы реформирования здравоохранения «Манас». Общая стоимость проекта составляет 652 млн долл. США. Его реализация была начата в 2005 г., и ожидается его продолжение до 2011 г. (*World Bank, 2009a*).

Киргизия начала проведение комплексной реформы системы здравоохранения в 1996 г. в рамках программ «Манас» и «Манас Таалими». Одна из главных целей программ реформирования —

снижение финансовых барьеров доступности медицинской помощи, включая сокращение неформальных платежей за медицинские услуги и лекарственные средства. Основные направления реформы: объединение финансовых ресурсов в рамках системы обязательного медицинского страхования, введение основанных на результатах методов оплаты медицинской помощи, создание модели семейной медицины, сокращение размеров стационарного сектора, четкое и прозрачное определение государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь, введение официальных соплатежей за медицинские услуги с учетом интересов наиболее уязвимых групп населения (*Kutzin et al., 2009*).

В результате проведения реформы существенно повысилась доступность медицинской помощи. В 2001 г. не получали необходимой медицинской помощи по причине финансовых барьеров 14,6% населения, в 2007 г. эта цифра снизилась до 3,1%. Повысилась доступность лекарственных средств. Значительно сократились неформальные платежи за лекарственные средства и изделия медицинского назначения. Доля пациентов, которые смогли получить все назначенные врачом лекарства, возросла с 77% в 2001 г. до 92% в 2007 г. (*World Bank, 2009a*).

Финансовый кризис создает новые вызовы системе здравоохранения и может ухудшить финансовую доступность медицинских услуг и лекарств несмотря на сохранение уровня государственного финансирования, в первую очередь из-за снижения доходов населения. Значительную часть доходов семей составляют денежные переводы от трудовых мигрантов из России и Казахстана. Сокращение объемов этих переводов очень негативно скажется на потреблении лекарств и услуг. В связи с этим особенно важно продолжать курс реформ на снижение финансовых барьеров для населения с особым вниманием к обеспечению защиты социально уязвимых слоев.

3.2

ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСЛОВИЙ И ОГРАНИЧЕНИЙ ПРИМЕНИМОСТИ АНТИКРИЗИСНЫХ МЕР В ПРАКТИКЕ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ О ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ЛУЧШИХ ЗАРУБЕЖНЫХ ПРАКТИК

Конкретные проявления, масштабы и последствия экономического кризиса в значительной мере варьируют между регионами и странами. Соответственно различаются и антикризисные меры

в сфере здравоохранения, которые разрабатываются и применяются с учетом национальных особенностей. В то же время проведенный выше анализ позволяет выделить ряд тенденций и лучших зарубежных практик, которые актуальны для обеспечения финансовой устойчивости и эффективности российской системы здравоохранения в период выхода из кризиса и в среднесрочной перспективе.

3.2.1. РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ЧАСТИ МОЩНОСТЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

Большинство европейских стран во время кризиса продолжает реформы, направленные на рационализацию сети медицинских учреждений. Среди принимаемых мер основной акцент делается на реструктуризацию стационарного сектора посредством замещения избыточной дорогостоящей стационарной помощи помощью в амбулаторных учреждениях, где внедряются более эффективные и экономичные медицинские технологии. Необходимо отметить, что рационализация мощностей осуществляется на основе четко продуманной стратегии, что предполагает разработку и принятие стратегических планов реструктуризации сети учреждений здравоохранения. Эти планы направлены на повышение производительности учреждений здравоохранения и персонала посредством укрепления первичной медико-санитарной помощи, развития стационарнозамещающих технологий, закрытия стационарных учреждений и сокращения коекного фонда, развития долговременной медицинской помощи, стимулирования интеграции и координации оказания медицинской помощи, инвестирования в современные, основанные на доказательствах методы профилактики, диагностики и лечения и т.д.

Рационализация медицинской помощи идет параллельно с внедрением методов ее оплаты, стимулирующих к снижению средней продолжительности пребывания больного на койке, сокращению коекного фонда, перепрофилированию коек в более дешевые койки долговременной медицинской помощи и восстановительного лечения.

Основной причиной структурной неэффективности российской системы здравоохранения остаются избыточные стационарные мощности государственных и муниципальных учреждений.

Для ее преодоления необходимо проведение глубокой реструктуризации государственных и муниципальных учреждений в российских регионах на основе стратегических планов формирования рациональной сети оказания медицинской помощи. Эти планы должны включать мероприятия по повышению роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), формированию многоуровневой стационарной помощи с дифференциацией коечного фонда по степени интенсивности его использования, концентрации распущей части медицинской помощи в межрайонных центрах.

Усиление роли первичной медико-санитарной помощи

Для российского здравоохранения одним из основных приоритетов остается задача укрепления ПМСП. В период экономического спада ее актуальность возрастает. В России число врачей, работающих в первичном звене (участковых терапевтов, участковых педиатров и акушеров-гинекологов), составляет около 15 % общего числа врачей, в то время как в странах Европейского Союза — 25–30 % (*European Health for All Database, WHO*). На протяжении последних лет, несмотря на снижение числа стационаров и больничных коек, число врачей продолжает расти как в абсолютном, так и в относительном выражении, в первую очередь за счет роста числа узких специалистов. Опыт российских регионов свидетельствует о том, что укрепление ПМСП на основе модели общей врачебной практики позволяет значительно сократить число обращений пациентов к узким специалистам, уровень госпитализации и вызовов «скорой помощи» за счет расширения функций, выполняемых врачом первичного звена, активизации профилактической работы, качественного наблюдения и лечения хронических состояний и в то же время повысить удовлетворенность пациентов качеством медицинского обслуживания.

Зарубежный опыт свидетельствует, что одной из наиболее экономически эффективных служб здравоохранения является ПМСП, организованная по принципу семейной медицины. В период кризиса страны, успешно осуществившие реформу ПМСП, отмечают важную роль семейных врачей в обеспечении доступности медицинской помощи в условиях финансовых ограничений и продолжают совершенствование данной модели, повышая ее эффективность на основе расширения объема услуг, оказываемых семейными врачами, и применения моделей оплаты, основанных на результатах их работы.

В связи с тем что масштабы развития ПМСП, организованной по принципу общей врачебной практики, явно недостаточны, представляется необходимым ускорить разработку национальной стратегии развития этой прогрессивной формы.

Привлечение в систему здравоохранения средств населения и бизнеса

Зарубежный опыт показывает, что в период кризиса возможности привлечения средств населения и бизнеса в систему здравоохранения сокращаются. Кредитный кризис наносит ущерб частным инвесторам в сфере здравоохранения, а также развитию частно-государственных партнерств. Происходит сокращение доходов домохозяйств, а следовательно, снижаются возможности их участия в программах добровольного медицинского страхования (ДМС) и прямой оплаты ими медицинских услуг. Данные тенденции наблюдаются и в России.

В то же время ряд стран в период кризиса принимают меры по стимулированию участия населения в ДМС как альтернативы прямой оплате медицинских услуг, поскольку ДМС — это солидарная форма оплаты услуг здравоохранения, позволяющая избежать риска больших расходов на лечение в случае заболевания.

Также разрабатываются программы по расширению участия частного сектора в предоставлении медицинской помощи. Например, Венгрия включила в программу реформ разработку подходов к корпоратизации стационаров, а правительство Польши решило начать реализацию программы корпоратизации стационаров на добровольной основе (*Docteur, 2009*).

Обсуждение вопроса о развитии частно-государственных партнерств во время экономического спада актуально в связи с растущими финансовыми ограничениями, что побуждает правительства тщательно выбирать приоритеты и ограничивать государственные расходы на здравоохранение (*Nikolic, Maikisch, 2006*). Более того, сохраняются прежние вызовы, такие как необходимость обеспечивать медицинскую помощь все более стареющему населению, улучшать качество медицинского обслуживания и инвестировать в часто дорогие новые медицинские технологии. В этой связи партнерство с частным сектором могло бы снизить нагрузку на государственные финансы. Однако возможность применения данного подхода, с точки зрения ожидаемых результатов, жизнеспособности и экономической эффективности, должна обязательно оцениваться в каждом конкретном случае. Более того, использование

данного подхода зависит от наличия определенных предпосылок, включающих, например, соответствующую законодательную и нормативно-правовую базу, а также развитый институциональный потенциал для разработки и управления такого рода проектами, и минимизации рисков. По этим причинам имеющийся международный опыт нельзя использовать без учета специфических условий конкретной страны.

Меры по поддержке наиболее уязвимых слоев населения

Мировой опыт показывает, что в условиях кризиса должно быть обеспечено приоритетное финансирование из общественных источников тех видов медицинской помощи, которые в наибольшей степени востребованы малоимущими и наиболее уязвимыми группами населения, включая приоритетное финансирование первичной медико-санитарной помощи в противовес стационарной помощи. В приоритетные направления входят услуги по охране материнства и детства, неотложная и скорая помощь, профилактика и лечение инфекционных заболеваний (таких как туберкулез), которые в наибольшей степени распространены среди бедных, профилактические программы для групп высокого риска.

Особое внимание необходимо обратить на обеспечение финансовой доступности лекарственных средств. В начале 2009 г. в России рост цен на лекарственные препараты опережал рост инфляции, отмечалось снижение потребления лекарств населением. Это означает, что многие россияне, в особенности группы населения с низким уровнем доходов, не смогли приобрести необходимые лекарственные препараты. Мировой опыт убедительно свидетельствует, что своевременное получение жизненно необходимых медикаментов позволяет добиться значительной общей экономии благодаря сокращению числа госпитализаций, повышает шансы на выживание в случае хронических заболеваний либо позволяет успешно предотвратить развитие заболевания, а также способствует повышению производительности труда работающего пациента.

Несмотря на жесткие бюджетные ограничения, вызванные экономическим спадом, не следует откладывать меры по повышению доступности и более рациональному использованию медикаментов, финансируемых из государственных средств, поскольку в среднесрочный период это позволит улучшить состояние здоровья населения Российской Федерации, снизить риск снижения уровня жизни уязвимых групп населения и в целом повысить

социальное благосостояние в стране. В этой связи актуальным для России остается вопрос об участии государства в регулировании и финансировании лекарственного обеспечения граждан при амбулаторном лечении.

Еще одной мерой по повышению защищенности наиболее уязвимых групп населения может стать введение прозрачных механизмов софинансирования — официальных соплатежей и сокращение практики неформальной оплаты посредством кампаний по информированию населения и медицинских работников. Одним из условий введения официальных соплатежей является минимизация финансовых барьеров для малоимущих и уязвимых групп населения посредством применения определенных критериев, освобождающих эти группы от уплаты соплатежей. Опыт европейских стран показывает, что наиболее часто от соплатежей освобождаются дети до достижения определенного возраста и бездомные. Соплатежи, как правило, не применяются по отношению к следующим услугам: профилактические услуги, неотложная и скорая помощь, услуги по охране материнства и детства и услуги общественного здравоохранения.

Формирование одноканальной системы финансирования здравоохранения

Обеспечение финансовой устойчивости систем государственного медицинского страхования — один из политических приоритетов многих европейских стран в период кризиса. В ряде стран Восточной Европы был в полном объеме реализован принцип разделения финансирования медицинских услуг и их оказания. В фондах государственного медицинского страхования были сконцентрированы 80–90 % государственных средств. Так, в Польше и Литве независимые фонды государственного медицинского страхования, которые не вмешиваются напрямую в управление медицинскими учреждениями, но принимают беспристрастные решения об оплате предоставляемых ими услуг с учетом потребностей застрахованных и экономической эффективности использования средств, смогли сформировать значительные резервы, которые используются в период экономического спада для покрытия образующегося дефицита.

Формирование системы одноканального финансирования в Российской Федерации является необходимым элементом создания эффективной системы финансирования здравоохранения. В настоящее время система финансирования российского здраво-

охранения сильно фрагментирована и гораздо более децентрализована, чем в большинстве европейских стран. Единый канал финансирования позволит ускорить реструктуризацию региональных систем здравоохранения, создать благоприятные условия для интеграции и координации медицинской помощи, снизить внутриотраслевые барьеры, создать систему стимулов для медицинских учреждений, ориентированную на результат.

Модернизация системы ОМС, повышение ее влияния на систему оказания медицинской помощи

Как показывает зарубежный опыт, формирование прозрачных и конкретных государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и их адекватного финансирования позволяет в период кризиса повысить уровень социальной защиты населения, в особенности социально уязвимых групп. Эта задача чрезвычайно актуальна для Российской Федерации, где недофинансирование программы государственных гарантий, неопределенность границ между платностью и бесплатностью ставят пациентов в тяжелые условия в период экономических потрясений.

Многие страны в период кризиса параллельно с рационализацией мощностей медицинских учреждений развивают ориентированные на результаты системы оплаты медицинской помощи, стимулирующие к активизации профилактической работы, ранней диагностики заболеваний, проведению эффективного мониторинга больных с хроническими состояниями, снижению средней продолжительности пребывания больного на койке, сокращению и перепрофилированию коечного фонда. Этот опыт необходимо использовать для модернизации системы ОМС, поскольку действующие в большинстве регионов методы оплаты не ориентируют на реструктуризацию здравоохранения, а порой способствуют углублению структурных диспропорций.

Использование косвенных налогов для привлечения в систему здравоохранения дополнительных финансовых средств

Во многих европейских странах финансово-экономический кризис активизировал принятие политических решений по повышению косвенных налогов на табак, алкоголь, продукты с повышенным содержанием сахара и соли.

Повышение акцизов на табачные изделия — мера чрезвычайно актуальная для России, так как у нас акцизы на табачные изделия

значительно ниже, чем не только в западных, но и во многих соседних, совсем небогатых странах. Если в России акцизы на сигареты с фильтром в 2009 г. составили 3,54 руб. с пачки, то в Европейском Союзе минимальная ставка акциза равнялась 1,28 евро за пачку сигарет для всех стран, включая новых членов — Латвию, Болгарию, Румынию. Актуально повышение акцизов на спиртные напитки, включая пиво.

Можно рассмотреть и возможности налогообложения напитков с высоким содержанием сахара. Этот вариант наряду с повышением налогов на табачные изделия и алкоголь одновременно мог бы обеспечить дополнительные доходы и способствовать укреплению здоровья населения (поскольку в результате сокращения потребления таких напитков люди не набирали бы избыточный вес).

Эти налоги, которые также должны способствовать изменению образа жизни, сопряженного с риском для здоровья, могли бы целевым образом использоваться для финансирования приоритетных программ здравоохранения. Но даже без целевого использования такие налоги пополнили бы доходную базу государственного бюджета, повысив, таким образом, возможности государства по финансированию дополнительных расходов на здравоохранение.

4

ПРЕДЛОЖЕНИЯ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗАЦИЮ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В последние годы активизировалось обсуждение вопроса о модернизации системы ОМС. В своем нынешнем виде эта система не обеспечивает ожидаемого влияния на оказание медицинской помощи населению. Требуются существенные сдвиги в ее организации. В данном разделе анализируются зоны неэффективности действующей системы (параграф 4.1), рассматриваются варианты совершенствования формирования средств ОМС (4.2) и повышения эффективности их использования (4.3). Акцент сделан на направления и механизмы, которые требуют первоочередной реализации в условиях кризиса и непосредственно после его завершения.

4.1

АНАЛИЗ ЗОН НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ ОМС В УСЛОВИЯХ КРИЗИСА

4.1.1. НИЗКИЕ ТЕМПЫ ПЕРЕХОДА НА ОДНОКАНАЛЬНОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И НИЗКИЙ УРОВЕНЬ СБАЛАНСИРОВАННОСТИ ПРОГРАММ ОМС С ОБЪЕМАМИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Система финансирования здравоохранения остается двухканальной, что создает серьезные препятствия для повышения доступности медицинской помощи и проведения реструктуризации здравоохранения. Низкий уровень объединения средств особенно неприемлем в условиях кризиса, когда сокращаются источники финансирования для развития здравоохранения.

В рамках бюджетно-страховой системы усложняются условия получения населением медицинской помощи за пределами места проживания. Переход на страховой принцип финансирования

позволяет реализовать принцип «Деньги следуют за пациентом» и на этой основе обеспечить оплату специализированной помощи в межмуниципальных центрах. Это даст возможность повысить доступность специализированной помощи для сельских жителей и жителей малых поселений городского типа, что особенно важно с учетом особой уязвимости этих категорий населения в условиях кризиса.

На уровне медицинских учреждений сегодня действуют разные режимы оплаты: из средств ОМС — за результаты работы, из бюджета — на содержание учреждения. Такая фрагментация потоков средств является серьезным фактором консервации излишних мощностей учреждений и снижения эффективности действующих в ОМС механизмов мотивации медицинских работников. Сметный принцип финансирования не ориентирует на вывод из системы излишних коек, сокращение ненужных должностей и оптимизацию структуры оказания медицинской помощи.

В рамках сложившейся системы трудно реализовать внутрисистемные источники экономии. Бюджетная система финансирования ставит серьезные препятствия для текущего перемещения средств из одного сектора здравоохранения в другой. Снижение объемов стационарной и скорой медицинской помощи, обеспечиваемое усилиями поликлиник, не влечет за собой перемещения финансовых средств в пользу последних. Решение всех этих проблем возможно только в системе ОМС.

Оценка процесса перехода на одноканальную систему осложняется проблемой учета государственных расходов на здравоохранение. Если исходить из данных Минздравсоцразвития России, отражающих расходы по распорядителям средств (табл. 1 Приложения 4.1), то отмечается устойчивая тенденция роста доли средств ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения — с 37,9 % в 2001 г. до 46,5 % в 2007 г. Если же использовать данные по источникам финансирования (табл. 2 Приложения 4.1), то отмечается некоторое сокращение этого показателя — соответственно с 37,9 до 36,6 %. Причем начиная с 2005 г. он сократился существенно (рис.1 Приложения 4.1). Последние данные, на наш взгляд, более адекватно отражают процесс перехода на одноканальную систему финансирования, поскольку они характеризуют реальные масштабы использования оплаты за объем и качество медицинской помощи. Дело в том, что в последние годы в связи с реализацией приоритетного национального проек-

та «Здоровье» через систему ОМС проходят значительные объемы бюджетных средств, предназначенных не для оплаты медицинской помощи, а для решения других задач (фиксированные денежные выплаты врачам и медицинским сестрам участковой службы, закупки лекарств и др.). Свойственные системе ОМС экономические отношения действуют в пределах лишь 37,6 % государственных расходов на здравоохранение.

При этом наблюдается значительная дифференциация доли средств системы ОМС в финансировании Программы государственных гарантий в субъектах РФ — от 76,0 % в Тюменской области до 17,3 % в Ханты-Мансийском автономном округе (рис. 2 Приложения 4.1).

Значительные колебания доли ОМС по регионам страны свидетельствуют о том, что готовность региональных властей к переходу на одноканальную систему финансирования существенно различается. Реализация пилотного проекта (см. разд. 1) подтверждает этот вывод. Далеко не во всех регионах утвердилась точка зрения, согласно которой объединение бюджетных средств и средств ОМС в ситуации кризиса является инструментом смягчения нехватки средств.

По данным Минздравсоцразвития России, в 2008 г. дефицит финансирования территориальных программ ОМС сложился в 49 субъектах РФ (в 2007 г. — в 57) и его сумма составила 42,8 млрд руб. (в 2007 г. — 29,2 млрд руб.) (табл. 3, 4 Приложения 4.1)¹.

В 2005–2008 гг. в системе ОМС наметилась положительная тенденция опережающего роста объема страховых взносов на ОМС неработающего населения по сравнению с ростом налоговых поступлений в территориальные ФОМС² (рис. 3 Приложения 4.1). Общий объем бюджетных платежей в 2008 г. на 10 % превосходил объем налоговых поступлений (табл. 5 Приложения 4.1). Однако с учетом того, что численность неработающих застрахованных в 1,4 раза превышает численность работающих застрахованных, а также с учетом коэффициентов удорожания медицинской помощи, оказываемой неработающему населению (в основном детям и людям

¹ Дефицит определяется как разница между расчетной стоимостью выполнения территориальных программ ОМС и фактическими расходами на их финансирование. Расчетная стоимость определяется, исходя из утвержденного в программе государственных гарантий подушевого норматива финансового обеспечения программы ОМС, численности застрахованных и районных коэффициентов.

² Часть ЕСН на нужды ОМС, уплачиваемая работодателями.

пенсионного возраста),¹ объем бюджетных платежей не может считаться адекватным. С учетом более высокой потребности неработающего населения он должен быть примерно на четверть выше фактически сложившегося.

В кризисной ситуации особенно важно обеспечить сдвиг бюджетных приоритетов в сторону здравоохранения для первоочередного удовлетворения потребностей в медицинской помощи наиболее уязвимых категорий населения.

4.1.2. НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ФИНАНСОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ

Финансовое планирование — это планирование финансовых средств в увязке с объемами медицинской помощи. На региональном уровне оно осуществляется органами государственной и муниципальной власти, а также территориальным ФОМС. От рациональности этого планирования во многом зависят показатели структуры оказания медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения.

Финансовое планирование в системе ОМС распадается на три этапа: разработка территориальной программы ОМС (как часть территориальной программы государственных гарантий), формирование заданий учреждениям здравоохранения, определение объемов медицинской помощи, включаемых в договоры о предоставлении медицинской помощи в системе ОМС, заключаемые между страховщиками и ЛПУ. Последний этап в большинстве регионов практически отсутствует, поскольку нормативные документы федерального ФОМС не предусматривают договорное определение объемов медицинской помощи.

Финансовые планы должны быть основаны на процессе согласования объемов медицинской помощи с учетом реальных потребностей населения, эффективности использования сложившейся сети учреждений, формирования потоков межтерриториальной

¹Коэффициенты удорожания стоимости медицинской помощи составляют для населения в возрасте 0–4 года 1,62, в возрасте 60 лет и старше – 1,32 (при коэффициенте, равном единице, для людей в возрасте 5–60 лет) // письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2008 г. № 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2009 год».

помощи и т.п. На практике во многих регионах доминируют методы планирования, основанные на показателях ресурсов — коечного фонда, численности врачей и др., с учетом нормативов работы койки и функции врачебной должности.

Слабо оцениваются сложившиеся структурные диспропорции. Не проводится в достаточном объеме сопоставление показателей деятельности однотипных учреждений здравоохранения (например, центральных районных больниц в отдельных муниципальных образованиях), в результате чего планирование объемов носит формальный характер. Чаще всего за основу берутся показатели предыдущего года.

Не отработаны механизмы согласования заданий ЛПУ и их увязки с объемами, оплачиваемыми страховщиками. Последние практически полностью исключены из процесса планирования. В результате складывается ситуация, когда планируются одни объемы медицинской помощи, а реально оплачиваются другие. Об этом свидетельствуют данные о соотношение запланированных и фактических объемов медицинской помощи: объемы стационарной помощи в среднем по стране оказываются выше утвержденных объемов, объемы амбулаторно-поликлинической и стационарно-запланированной помощи — ниже (табл. 6 Приложения 4.1).

Без серьезного анализа сложившихся диспропорций и определения мер по их преодолению планирование становится статистическим упражнением, ежегодное выполнение которого ничего существенно не меняет: структура оказания услуг не становится более рациональной.

Низкое качество планирования в сочетании с господствующим в системе ОМС принципом оплаты фактических объемов стационарной помощи раскручивает маховик экспансивного развития и усиливает перекосы в структуре оказания медицинской помощи.

Требования к качеству планирования особенно велики в сегодняшней ситуации нехватки финансовых средств. Необходимо анализировать зоны неэффективности и планировать то, что действительно достижимо. Рациональное финансовое планирование должно быть одним из главных рычагов управления сетью медицинских учреждений. Особенно важно ограничить сильное превышение запланированных объемов стационарной помощи, поскольку последнее может повлечь за собой рост незапланированных затрат. В этой ситуации становится трудней обеспечить соответствие тарифов реальным затратам, что ведет к снижению

интенсивности каждого случая стационарной помощи. В конечном итоге теряют от этого пациенты, так как они вынуждены нести не покрываемые государством затраты. В ситуации кризиса это особенно неприемлемо.

4.1.3. ОГРАНИЧЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, НИЗКАЯ МОТИВАЦИЯ И НЕДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВНАЯ КОНКУРЕНЦИЯ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Нормативные акты по системе ОМС не ориентируют на повышение управляющего воздействия страховых медицинских организаций (СМО) на сеть медицинских учреждений. В этих актах отсутствует упоминание о законодательно установленной функции организации предоставления медицинской помощи застрахованным, выполнение которой предполагает планирование объемов медицинской помощи и управление ими.

Экономические условия, в которых работают страховщики, не создают для них стимулов для реального управления объемами медицинской помощи, оказываемой их застрахованным, в силу следующих факторов:

- 1) в соответствии с действующим законодательством СМО не несут финансовых рисков;
- 2) через СМО проходит очень незначительная часть государственных средств, расходуемых на оказание медицинской помощи населению;
- 3) нормативы финансирования СМО часто пересматриваются территориальными фондами ОМС (в 36 регионах — ежемесячно, в 13 регионах — раз в квартал) (рис. 4 Приложения 4.1).

В настоящее время возможность усиления влияния страховщиков на эффективность использования ресурсов здравоохранения обеспечивается посредством исполнения функции экспертизы медицинской помощи. При проведении экспертизы практически все средства, удержанные страховщиком, возвращаются в лечебные учреждения. Мотивации что-то изменить нет ни у лечебных учреждений, ни у страховщика. Система работает сама на себя. Медицинским учреждениям проще не заниматься мероприятиями по повышению качества медицинской помощи, а договориться

со страховщиком об объемах удержаний, чтобы накопить необходимый резерв для оплаты предупредительных мероприятий и очередной покупки оборудования. Страховщику же необходимо выполнить определенный объем экспертиз, не заботясь о конечном результате его заключений, поскольку при оценке работы страховой компании используются только количественные показатели экспертиз. Поэтому вполне естественным является результат: за 15 лет существования системы ОМС не произошло снижения нарушений в оказании медицинской помощи, а страховщики не превратились в эффективную силу, стремящуюся к улучшению ситуации в здравоохранении.

В настоящее время в российской системе ОМС действует 119 страховых медицинских организаций со 246 филиалами. Между ними существует определенная конкуренция. Однако эту конкуренцию нельзя назвать эффективной с точки зрения самих застрахованных. Практически отсутствует минимальное условие для создания конкурентной среды — индивидуальный выбор СМО. Выбор определяется решением страхователя, а не застрахованного. Но даже при условии обеспечения индивидуального выбора страховщика основания для такого выбора очень ограничены в силу отсутствия дифференциации страхового продукта, так как в системе ОМС действуют единый страховой взнос и единая программа.

Конкуренция по качеству медицинской помощи сдерживается тем, что застрахованные не имеют возможностей информированного выбора страховщика. Систематизированные результаты контроля качества предоставленных услуг до населения не доводятся. Кроме того, само понятие контроля качества еще недостаточно разработано, отсутствуют реальные инструменты, необходимые для осуществления этого вида деятельности (стандарты, показатели качества и др.).

В последние годы во многих регионах страны получили распространение системы конкурсного отбора страховщиков с использованием механизмов, предусмотренных ФЗ-94 «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Применяются два главных критерия — цена контракта и показатели работы СМО.

В условиях, когда страховщики финансируются по подушевому нормативу, ценовая конкуренция может осуществляться только по размерам процента на ведение дела. Та компания, которая

укажет в документации более низкий процент, будет иметь больше шансов получить право на участие в региональной системе ОМС.

Показатели работы СМО устанавливаются самими субъектами РФ. Структура конкурсных показателей по 128 конкурсам, проведенным в 2008–2009 гг., приведена в табл. 7 Приложения 4.1. Чаще всего в конкурсах используется показатель «Количество проводимых экспертиз» (118 раз), что, собственно, и заставляет страховщиков заниматься этой деятельностью. При этом очень часто (в 36 % случаев) для тендерной оценки используются не реальные, а обещаемые показатели. Часто используются обещания, не связанные с экспертной деятельностью, например сколько агентств будет открыто, сколько минут будет затрачиваться страховщиком на выписку одного полиса или сколько жалоб застрахованных страховщик рассмотрит. При этом не существует системы контроля за выполнением тендерных обещаний, и нет ни одного случая расторжения контракта в связи с неисполнением прогнозных показателей.

Кроме того, довольно часто в качестве конкурсных используются показатели, весьма далекие от целей ОМС. Так, в 2009 г. в одном из регионов в конкурсных требованиях были такие показатели, как динамика продаж полисов ОМС за 3 года и суммы инвестирования денежных средств на мероприятия социальной направленности.

Указанные критерии отбора не имеют отношения к услуге обязательного медицинского страхования. К сожалению, для этой услуги до сих пор не сложилось однозначного понимания ни ее цены, ни параметров качества. Даже критерий «Срок оказания услуг» может трактоваться и как срок выдачи полисов, и как срок оплаты счетов за медицинские услуги. Подобная ситуация повышает значимость субъективного фактора в результатах тендерного соревнования. Это заставляет страховщиков конкурировать не за улучшение показателей, а за административный ресурс.

4.1.4. НЕСООТВЕТСТВИЕ МЕТОДОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАДАЧАМ ПОВЫШЕНИЯ СТРУКТУРНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ОГРАНИЧЕНИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ УСТАНОВЛЕНИЯ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Среди методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи превалирует оплата по посещениям (рис. 6 Приложения 4.1). Этот метод создает стимулы для увеличения числа обращений к врачам и не стимулирует профилактическую работу. Лишенный

этих недостатков и широко используемый за рубежом метод оплаты по подушевому принципу на одного прикрепленного не получил должного распространения. Практически нигде не применялся подушевой метод в сочетании со стимулирующими доплатами за достижение установленных показателей деятельности: а) текущей деятельности, б) конечных результатов в годовом исчислении, в) вклада в реструктуризацию здравоохранения (например, показатели уровня госпитализации населения, частоты вызовов скорой медицинской помощи, частоты направлений к узким специалистам). Наиболее прогрессивный метод оплаты — подушевой норматив с элементами фондодержания — практически не использовался. Применение этого метода началось в рамках пилотного проекта (2007–2008 гг.), уже есть первые признаки активизации работы поликлиник.

Среди методов оплаты стационарной помощи чаще всего используется оплата за законченный случай госпитализации (рис. 7 Приложения 4.1). Этот метод позволяет адекватно учесть в тарифах реальную сложность оказываемой помощи и создать у стационаров стимулы к повышению эффективности использования ресурсов. Наиболее эффективный метод оплаты за согласованные объемы медицинской помощи применяется лишь в единичных регионах. Обращает на себя внимание, что в достаточно большом количестве регионов (47 %) используется метод оплаты по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней. Он ориентирует стационары на поддержание максимального числа коек, рост госпитализаций и увеличение длительности лечения.

Следует также отметить, что за счет средств ОМС в 7 % регионов амбулаторно-поликлиническая помощь оплачивается по смете расходов и в 10 % регионов этот метод применяется для оплаты стационарной помощи.

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

Порядок ценообразования относится к компетенции регионов. Каждый регион определяет его самостоятельно. Более чем в 30 %

регионов используются индивидуальные тарифы для каждого учреждения, создавая тем самым «зонтик» для неэффективных учреждений (*Здравоохранение в регионах, 2006*).

В большом числе регионов в качестве основного принципа сложившейся системы ценообразования выступает тщательный учет фактических расходов конкретных ЛПУ и установление индивидуального тарифа, покрывающего затраты учреждений. Особое внимание уделяется оплате труда. Тариф устанавливается таким образом, чтобы гарантировать оплату труда и обеспечить возмещение всех затрат независимо от их рациональности.

Индивидуализация тарифа оправдывается также тем, что многие муниципальные учреждения обслуживают настолько малое число жителей, что не могут набрать объемы, необходимые для возмещения своих затрат, т.е. их фиксированные (не зависящие об объемов) затраты слишком высоки и поэтому требуют индивидуального возмещения. В этом объяснении есть своя логика, но проблема состоит в том, что принцип индивидуализации тарифов (вполне уместный для ограниченного круга ЛПУ) становится универсальной нормой.

Попытка обосновать затраты в каждом учреждении не может быть признана рациональной и эффективной. Такая ситуация рождает заинтересованность учреждений в расширении мощностей, повышении числа штатных должностей и увеличении других ресурсов. В системе ОМС повторяются подходы, свойственные бюджетной системе. Смета расходов является ключевым элементом системы экономических отношений, а использование методов оплаты за результат подстраивается к логике бюджетной системы. Такая система тарифов консервирует структурные диспропорции и противоречит задачам реструктуризации здравоохранения региона.

4.2

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО ФОРМИРОВАНИЮ СРЕДСТВ ОМС И ВНЕСЕНИЮ ИЗМЕНЕНИЙ В УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ОМС

4.2.1. ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС

Российская система ОМС с самого начала строилась на основе бюджетно-страховой модели — с низким уровнем страхового взноса работодателей и высокой зависимостью от бюджетного источника финансирования. Законодательство устанавливает обя-

зательство субъектов РФ в отношении платежа на ОМС неработающего населения, но не устанавливает его конкретный размер. Источником финансирования в настоящее время является установленная часть единого социального налога, т.е. поступления в фонды ОМС имеют налоговую, а не страховую природу.

Такая система формирования средств сильно отличается от классической страховой модели, основанной на семейном принципе финансирования ОМС: работодатели совместно с работниками формируют страховые фонды, достаточные для покрытия расходов на медицинскую помощь не только работающих, но и основной части неработающего населения при низкой нагрузке на бюджет. Для этого размер страхового взноса устанавливается на высоком уровне — от 12 до 18 % фонда оплаты труда. Большинство постсоветских стран Центральной Европы (Чехия, Словакия, Венгрия и др.) выбрали именно такую систему формирования средств. Ее главное достоинство — низкая зависимость финансирования здравоохранения от бюджетных приоритетов. Основной недостаток — слишком большая нагрузка на работающих, особенно в случае повышения доли неработающих в общей численности населения. В условиях экономического кризиса этот недостаток становится особенно значимым, поскольку прирост страховых взносов сокращается, а в бюджете дополнительные средства на ОМС не предусматриваются.

Важно подчеркнуть, что в мировой практике регулирование формирования финансовых средств в системе ОМС относится преимущественно к сфере гражданского, а не налогово-бюджетного (публичного) законодательства. Источником формирования средств ОМС является страховой взнос, а не налог. Обязательность этого взноса не меняет его гражданско-правовую основу. Такая правовая интерпретация источников средств в системах ОМС, во-первых, создает определенные условия для вариабельности страховых взносов, пусть даже в ограниченных государством рамках (Германия, Израиль); во-вторых, повышает финансовую самостоятельность страховых фондов (на их деятельность не распространяются полностью ограничения бюджетного законодательства); в-третьих, позволяет ужесточить требования к участию в формировании средств ОМС как условию получения медицинской помощи. Принцип увязки права на медицинскую помощь по ОМС со страховыми взносами в систему ОМС становится основой функционирования этой системы.

В свете мировых тенденций принятное недавно решение о страховой природе финансирования ОМС работающего населения России и о повышении размера отчислений работодателей с 3 до 5,1 %

фонда оплаты труда представляется разумным и своевременным. Это позволит заложить основу для утверждения страхового принципа финансирования здравоохранения.

В то же время необходимо отдавать отчет в том, что это не решит проблемы финансирования здравоохранения прежде всего потому, что даже повышенная ставка, по меркам европейских стран, слишком низка. Поступления от страхового взноса, по нашим оценкам, вырастут с 18% государственных расходов на здравоохранение в 2007 г. до 25–30% в 2011 г. Основой финансирования отрасли по-прежнему будут бюджеты всех уровней. То есть зависимость от бюджета снизится незначительно. Поэтому стратегическим направлением укрепления финансовой базы российского здравоохранения (в том числе системы ОМС) является повышение приоритетности отрасли при формировании бюджетов всех уровней. Особенно важно обеспечить продолжение наметившейся тенденции к повышению размера взносов на ОМС неработающего населения из бюджета субъектов РФ.

Мировой опыт указывает на необходимость проведения курса на реализацию принципа увязки права на медицинскую помощь по ОМС со страховыми взносами в систему ОМС. Во многих постсоветских странах предпринимаются значительные усилия для повышения вклада в «общий котел» тех лиц, которые потребляют медицинскую помощь, но практически не делают страховых взносов.

Варианты решения этой проблемы:

- установление минимального размера страхового взноса для работающих;
- возможность присоединения к системе ОМС со своим взносом (в том числе для лиц, работающих вне рамок формального сектора экономики);
- конкретизация категорий неработающего населения, за которые платит государство.

Эти варианты целесообразно рассмотреть при разработке нового закона об обязательном медицинском страховании в России.

Таким образом, можно выделить три общих направления формирования средств ОМС на ближайшую перспективу:

- замена налогов страховыми взносами работодателей и повышение их размера;

- повышение размера страховых взносов на неработающее население;
- увязка права на медицинскую помощь с уплатой страхового взноса на ОМС.

Как следует из решений Правительства РФ по вопросам финансирования здравоохранения, принятых в последние месяцы, реализация первых двух направлений вполне реальна в ситуации экономического кризиса. Необходимо закрепить тенденцию роста страховых взносов на неработающее население. Реализацию третьего направления следует отложить на 1–2 года.

В случае принятия политического решения о привлечении личных средств населения к финансированию здравоохранения (в дополнение к действующей системе платных медицинских услуг или вместо нее) потребуются новые механизмы формирования средств.

В мировой практике используются три типа таких механизмов:

- соплатежи страхового взноса в систему ОМС, уплачиваемые работниками;
- соплатежи в момент потребления медицинской помощи;
- накопительные счета населения.

Принимая во внимание сравнительные преимущества и недостатки этих механизмов, а также конституционные и социально-экономические условия функционирования системы здравоохранения в нашей стране, в обозримой перспективе наиболее реалистичным представляется внедрение первого из обозначенных механизмов, а именно соплатежи страхового взноса в систему ОМС, уплачиваемые работниками. Однако отметим, что детальный анализ этих вопросов выходит за рамки задач данного исследования.

4.2.2. ВАРИАНТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОМС: ЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ ИЛИ ДЕЦЕНТРАЛИЗОВАННАЯ МОДЕЛЬ?

Актуальность этой проблемы диктуется двумя факторами — значительным разрывом в уровне финансового обеспечения региональных систем ОМС и большими различиями в организации

территориальных систем, что сдерживает проведение единой государственной политики. В последние годы в обсуждениях путей модернизации системы ОМС доминирует представление о том, что необходимо, с одной стороны, сконцентрировать большую часть средств в федеральном ФОМС, с другой — создать вертикальную систему управления, подчинив территориальные фонды федеральному. Первая попытка законодательно закрепить эти представления была предпринята в 2004 г. Законопроект «Об обязательном медицинском страховании», подготовленный рабочей группой под руководством И.И. Шувалова и М.Ю. Зурабова, предусматривал преобразование территориальных ФОМС в отделения ФОМС. Директор территориального фонда утверждается директором ФОМС по согласованию с высшим органом исполнительной власти субъекта РФ. Создаваемая вертикаль призвана обеспечить единство системы, ее финансовую устойчивость.

Законопроект предлагал новую структуру программ ОМС. Разделение на федеральную базовую и территориальные программы ОМС уступило место базовой программе для застрахованных граждан в субъектах РФ, формируемой на основе единых федеральных требований. Базовая программа ОМС может дополняться федеральными и территориальными программами дополнительного медицинского страхования, финансируемыми за счет дополнительных страховых взносов Российской Федерации и/или субъектов РФ, работодателей и др.

Смысл нового разделения программ состоял в том, чтобы более четко определить единый уровень гарантированной государством медицинской помощи во всех субъектах РФ и отделить его от гарантий, устанавливаемых регионами самостоятельно.

Вместе с тем предусматривалось сохранение расходных обязательств субъектов РФ в отношении формирования бюджетов территориальных ФОМС и финансирования территориальных программ ОМС. Федеральный центр не взял на себя обязательства «замыкать» систему, т.е. обеспечивать регионам необходимые средства для реализации базовой программы ОМС. Сочетание централизованного управления и сохранения обязательств регионов в отношении финансирования здравоохранения стало серьезной правовой и политической коллизией данного законопроекта.

В настоящее время обсуждение этого вопроса возобновилось. В данной работе рассматриваются две модели организации ОМС. Первая модель предусматривает централизацию не только

системы управления, но и финансовых средств ОМС, вторая — сохранение действующего разделения на федеральный и территориальные ФОМС, но при усилении влияния федерального центра на деятельность последних, а также на процесс формирования средств ОМС в субъектах РФ.

Централизованная модель имеет следующие характеристики:

- Территориальные ФОМС преобразуются в территориальные органы ФОМС, их поступления подлежат зачислению в ФОМС, включая страховые взносы на ОМС неработающих.
- Устанавливается единая базовая программа ОМС, обязательная для реализации во всех субъектах РФ. Территориальные программы ОМС хотя и принимаются в субъекте РФ, практически сливаются с базовой программой (отличие определяется только составом населения и районными коэффициентами, отражающими уровень оплаты труда и ряд других объективных факторов). Подушевой норматив финансирования территориальных программ ОМС не может быть ниже федерального подушевого норматива финансирования базовой программы ОМС.
- Федеральным законом устанавливаются размер страхового взноса субъекта РФ на ОМС неработающего населения, а также ответственность за нарушение страхователем сроков и порядка его уплаты.
- ФОМС несет расходные обязательства Российской Федерации по финансированию территориальных программ ОМС.
- ФОМС покрывает дефицит территориальных программ ОМС, предоставляя регионам дотации в размере разницы между стоимостью этих программ и страховым взносом на ОМС неработающего населения.

Достоинство этой модели — в усилении управляющего воздействия ФОМС (и федерального центра в целом) на региональные системы (подсистемы) ОМС. Появятся новые рычаги для реализации принципа единства системы, в частности для формирования более «напряженных» территориальных программ ОМС и более полного их финансового обеспечения. Повысятся возможности для выравнивания условий финансирования территориальных программ ОМС.

Недостаток этой модели — высокие риски ухудшения финансового обеспечения ОМС в некоторых субъектах РФ, прежде всего в относительно богатых. Масштабы неравенства регионов в уровне финансирования здравоохранения настолько велики, что дополнительные поступления ФОМС могут оказаться недостаточными для выравнивания. Потребуется перераспределение поступлений от страховых взносов на неработающее население, от которого пострадают регионы с относительно высокой финансовой обеспеченностью. Чтобы реализовать эту систему финансирования, потребуется очень высокий уровень административного давления на регионы, причем не очевидно, что оно даст результаты.

Велика вероятность того, что при нехватке средств для столь масштабного выравнивания потребуется принятие специальной методики Минздравсоцразвития России, которая скорректирует процесс выравнивая вопреки законодательно закрепленному порядку. Потребуется принятие ежегодных законов, регламентирующих особую методику выравнивания, каждый из которых предполагает сложный поиск компромисса интересов субъектов РФ.

В этой ситуации можно ожидать, что федеральный подушевой норматив финансирования будет установлен на относительно низком уровне (например, уже сложившемся). На таком же уровне будет установлен норматив страхового взноса на неработающих. Скорее всего это сделает возможным реальное выравнивание. Бедные регионы от этого выиграют, но богатые проиграют, даже если им будет обеспечено возвращение поступлений от страховых взносов на неработающих. Главная проблема — снижение стимулов относительно богатых регионов к увеличению размера страхового взноса на неработающее население. При низких федеральных нормативах и зачислении страховых взносов в «общий котел» бюджетные приоритеты этих регионов могут измениться не в пользу здравоохранения.

Сама попытка единовременного выравнивания за счет дополнительных средств ФОМС представляется нам иллюзорной. Уместно заметить, что в Великобритании в середине 1970-х гг. была принята программа выравнивания финансирования регионального здравоохранения, основанная на принципе постепенного подтягивания бедных регионов к богатым. Решение этой задачи было растянуто на 15 лет, хотя исходный уровень неравенства был намного ниже, чем в российском здравоохранении. По нашему мнению, в российском контексте решение такой задачи только за счет

централизации текущих поступлений от страховых взносов невозможно. Требуется федеральная программа выравнивания, рассчитанная на 10–12 лет.

Децентрализованная модель имеет следующие характеристики:

- Сохраняется система фондов с обособленными средствами ОМС и сложившимися полномочиями в отношении финансового обеспечения базовой и территориальных программ.
- Сохраняется сложившаяся система финансового обеспечения территориальных программ ОМС, включая требования к формированию этих программ, а также рекомендации в отношении установления страхового взноса на ОМС неработающего населения для групп регионов с разным уровнем финансовой обеспеченности.
- За счет повышающегося размера страхового взноса работодателей, аккумулируемого ФОМС, повышается значение выравнивания территориальных программ ОМС. При этом меняется идеология выравнивания: во-первых, выделяется группа регионов с низким уровнем бюджетной обеспеченности и особо значительным объемом потребности в медицинской помощи, им предоставляется основная сумма дотаций; во-вторых, повышается стратегическая составляющая выравнивания; этот процесс растягивается на несколько лет с установлением рубежей подушевого финансирования по отношению к среднему уровню по РФ.
- ФОМС стимулирует повышение страхового взноса на ОМС неработающего населения (в том числе в регионах с более высокой бюджетной обеспеченностью) на основе системы обусловленных дотаций: в дополнение к общей системе выравнивания выплачиваются дотации за каждый дополнительный рубль страховых вносов на ОМС неработающего населения по сравнению с предыдущим годом.
- Устанавливаются более высокие требования в отношении организаций ОМС в субъектах РФ. Наиболее важное из них — установление единой методики определения тарифов на медицинскую помощь на основе федеральной системы клинико-статистических групп. Сужается набор используемых методов оплаты медицинской помощи: исключаются методы, противоречащие задачам реструктуризации здравоохранения. Устанавливаются более высокие

требования к выполнению функций страховщиков, включая требование их участия в предоставлении медицинской помощи. Повышается роль мониторинга за деятельностью территориальных систем ОМС. Постепенно унифицируются региональные модели организации ОМС. Повышается роль ФОМС в методическом обеспечении и мониторинге инноваций в системе финансирования здравоохранения с акцентом на их содержательные аспекты, а не только на аспект соблюдения установленного набора показателей.

Вторая модель не предусматривает радикальных изменений в системе финансирования и не создает таких же сильных рычагов влияния на субъекты РФ, как первая. Процесс выравнивания будет растянут во времени, равно как и повышение управляемости системой ОМС. Но во второй модели заложены все эти задачи и механизмы их постепенного решения. Ее достоинством является также сохранение ответственности регионов за финансирование здравоохранения (это позволит преодолеть иждивенческие настроения), но при возрастающей роли поддержки федерального центра (обусловленных дотаций ФОМС).

Под управляющим воздействием на региональные системы в рамках второй модели понимается не столько использование административного ресурса, сколько повышение качества управления системой ОМС в целом. Эта модель не является децентрализованной в буквальном смысле слова. Она предполагает реальное использование имеющихся рычагов управления и формирование новых.

4.2.3. ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ ВЗНОСА НА ОМС НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ

Постановление Правительства РФ от 2 октября 2009 г. № 811 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2010 год» устанавливает порядок формирования взносов на ОМС неработающего населения. Размер их взносов должен учитывать более высокий уровень потребления медицинской помощи и, соответственно, ее более высокую стоимость для неработающего населения. В частности, коэффициент удорожания

медицинской помощи для детей 0–4 лет составляет 1,62, а для лиц от 60 лет и старше — 1,32 по отношению к подушевому нормативу финансового обеспечения, предусмотренному территориальной программой обязательного медицинского страхования. Для расчета коэффициента удорожания необходимо численность населения определенных возрастных групп умножить на соответствующий этой группе коэффициент удорожания стоимости медицинской помощи, затем полученную сумму разделить на численность всего населения субъекта РФ.

Этот порядок носит технический характер. Он определяет относительные величины, но не сам размер взноса. Как отмечалось выше, взносы на ОМС неработающего населения в последние годы имеют тенденцию к росту, но все еще остаются недостаточными для обеспечения сбалансированности территориальных программ ОМС в большом числе регионов. Проблема обеспечения полноты уплаты взносов сохраняет свою актуальность.

Можно выделить три варианта ее решения:

1. Законодательное установление размера взносов субъектов РФ на ОМС неработающего населения.
2. Стимулирование субъектов РФ к повышению размера взносов на ОМС неработающего населения на основе выделения обусловленных дотаций ФОМС.
3. Разделение ОМС для работающих и неработающих.

Первый вариант является простым и радикальным решением проблемы, но, как отмечалось выше, ведет к повышению расходных обязательств бюджета ФОМС.

Второй вариант дает возможность сместить бюджетные приоритеты регионов в сторону здравоохранения и смягчить региональное неравенство. Но существует риск ухудшения финансового обеспечения здравоохранения в субъектах РФ, не выполняющих обязательства по страховым взносам, поэтому данный подход может осуществляться в сочетании с системой выравнивания финансового обеспечения территориальных программ ОМС. Условием реализации этого варианта является повышение требований к формированию и экономической оценке территориальных программ ОМС. Федеральный центр должен оценивать обоснованность этих программ, чтобы не брать на себя излишние обязательства в отношении их субсидирования.

Третий вариант создает потенциальную возможность привлечения дополнительных взносов работодателей. Существование отдельной системы для работающих позволит повысить ответственность субъектов РФ за финансирование страховых взносов на ОМС неработающих. Но практически данный вариант трудно реализовать, поскольку взносы работодателей все равно попадают в общий котел (пусть даже меньший по размеру), поэтому их заинтересованность в увеличении размера страхового взноса может не возрасти. К тому же это приведет к усложнению организации медицинской помощи — потребуется ее разделение на обслуживание работающих и неработающих. Важно также учитывать, что существование двух систем ОМС потребует повышения административных расходов.

В ситуации кризиса разумнее сохранить сложившуюся систему неявного принуждения субъектов РФ к повышению страховых взносов. Правительство РФ ежегодно повышает федеральный норматив подушевого финансирования территориальных программ государственных гарантий (ТПГГ), в том числе программы ОМС, используя при этом административный ресурс его соблюдения (или хотя бы приближения к нему). Но в среднесрочном плане необходимо искать варианты законодательного закрепления порядка формирования страховых взносов на неработающее население.

4.2.4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ВЫРАВНИВАНИЯ УСЛОВИЙ ФИНАНСИРОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ ОМС

В настоящее время региональное выравнивание условий финансирования здравоохранения осуществляется по двум каналам — из средств федерального бюджета и средств федерального ФОМС.

Выравнивание условий финансирования здравоохранения из средств федерального бюджета осуществляется в неявной форме, посредством расчета индекса налогового потенциала и индекса бюджетных расходов¹. В качестве критерия выравнивания ис-

¹ «Индекс бюджетных расходов — относительная (по сравнению со средним по РФ уровнем) оценка расходов по предоставлению одинакового объема бюджетных услуг в расчете на душу населения, определяемая с учетом объективных региональных факторов и условий» // Методика распределения дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов РФ. М., 2008.

пользуется показатель среднего по регионам уровня бюджетной обеспеченности. При этом показатель индекса бюджетных расходов в части здравоохранения рассчитывается на основе данных о расходах на здравоохранение в целом, включая бюджетную часть и часть ОМС. Деньги, поступающие по линии Министерства финансов в виде дотаций, не являются для здравоохранения целевыми и в соответствии с действующим законодательством могут быть использованы на любые цели.

Выравнивание условий финансирования регионов в рамках системы ОМС осуществляется только в пределах расходов, предназначенных на выполнение территориальных программ ОМС. Критерием выделения дотаций является наличие дефицита / профицита финансирования этих программ¹. Дефицит / профицит финансирования программ определяется по единообразной методике как разница между суммой средств, необходимых для выполнения базовой программы ОМС (с учетом районных коэффициентов), и суммой расчетных поступлений в территориальный ФОМС от налоговых платежей и взносов на страхование неработающего населения. Признавая правильным выравнивание на основе единого для всех регионов подхода, нельзя согласиться с выделением дотаций регионам, где наблюдается расчетный профицит. Подобное положение трудно объяснимо с точки зрения принципов выравнивания. Это создает предпосылки для усиления дифференциации регионов по уровню финансового обеспечения здравоохранения. Предлагается использовать средства ФОМС на выплату дотаций только тем регионам, где наблюдается расчетный дефицит.

Если средств ФОМС не хватает на полное покрытие дефицита во всех регионах, то предлагается выделять регионам дотации пропорционально величине дефицитов их территориальных программ ОМС, т. е. большую часть средств на выравнивание направлять регионам, где уровень дефицита выше.

По мере перехода на одноканальное финансирование здравоохранения и расширения базовой и территориальных программ ОМС система выравнивания также должна смещаться в систему ОМС. Бюджетные дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности регионам могут быть сокращены на величину расчетной

¹ Методика распределения дотаций из бюджета ФФОМС, направляемых в бюджеты ТФОМС на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС на 2010 год. Утверждена федеральным ФОМС в 2009 г.

потребности в финансировании тех видов медицинской помощи и статей расходов, которые переданы в программу ОМС. Условно сэкономленную часть бюджетных дотаций целесообразно передать в ФОМС в виде трансфера федерального бюджета. Такое решение потребует внесения изменений в действующее бюджетное законодательство.

4.2.5. ВВЕДЕНИЕ ПРОГРАММ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Базовая программа ОМС может дополняться федеральными и территориальными программами дополнительного медицинского страхования, финансируемыми за счет дополнительных страховых взносов.

Дополнительное медицинское страхование может включать дополнительное лекарственное страхование, предоставление высокотехнологичной помощи сверхустановленных федеральных квот, оказание застрахованным медицинской помощи в объемах, порядке и на условиях, превышающих требования базовой программы. При этом важно законодательно закрепить приоритетность финансового обеспечения программ: дополнительные программы субъект РФ может принимать только после обеспечения базовой программы ОМС.

Смысл разделения программ на базовую и дополнительные состоит в том, чтобы, во-первых, более четко определить единый уровень гарантированной государством медицинской помощи во всех субъектах РФ и отделить его от гарантий, устанавливаемых регионами самостоятельно. Поначалу эти программы принимаются для отдельных категорий граждан, но в последующем допускается возможность присоединения к ним прочих граждан (групп граждан) со своим страховым взносом.

Во-вторых, расширяются возможности объединения распыленных средств регионов, муниципальных образований, работодателей и отдельных граждан для обеспечения потребностей участников этих программ. Каждый в отдельности страхователь (например, предприятие или организация) не имеет достаточно средств для формирования полноценной страховой программы, но несколько таких страхователей могут это сделать.

В-третьих, дополнительные программы реализуются в порядке и на условиях обязательного медицинского страхования, т.е., в от-

личие от добровольного медицинского страхования, эти программы основаны на регулируемых ценах, что делает их более доступными для населения.

Потенциал дополнительных страховых программ чём выше, тем конкретнее установлены государственные гарантии по базовой программе ОМС. Если эти гарантии будут устанавливаться на основе ясных приоритетов лечения отдельных групп заболеваний (например, сердечно-сосудистых, онкологических) с твердыми обязательствами финансового обеспечения медицинских стандартов лечения этих заболеваний, то возможности формирования дополнительных программ будут расширяться, они будут распространяться на менее приоритетные заболевания. В то же время нельзя не видеть очевидного недостатка такого подхода — существования разных уровней лечения по базовой и дополнительным программам и усиления неравенства различных групп населения.

4.3

**РАЗРАБОТКА ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ ОМС****4.3.1. МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕХОДА НА ОДНОКАНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ФИНАНСИРОВАНИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Этот переход означает, что основная часть средств консолидированного бюджета субъекта РФ, предназначенных для финансирования здравоохранения, аккумулируется в территориальном ФОМС. Оказание медицинской помощи, включенной в программу ОМС, оплачивается только из средств ОМС *по полным тарифам*, предусматривающим возмещение всех статей расходов.

Напрямую из бюджетов региона и муниципальных образований оплачиваются высокотехнологичные виды медицинской помощи: приобретение дорогостоящего медицинского оборудования, возмещение сверхнормативных расходов на содержание медицинских учреждений, расходы на капитальный ремонт. Остальные текущие и инвестиционные расходы осуществляются из внутренних накоплений медицинских учреждений на основе расчетов по полным тарифам.

Целесообразно разработать нормативы затрат для включения в полный тариф. Они необходимы для затрат на коммунальные ус-

луги, содержание имущества, капитальный ремонт, а также затрат, связанных с повышением стоимости основных средств. Эти затраты в пределах нормативов также должны возмещаться в рамках ОМС, а источником возмещения сверхнормативных затрат по данным статьям являются бюджеты соответствующего уровня. Такое сочетание возмещения нормативных и сверхнормативных затрат из разных источников даст возможность учесть исторически сложившиеся различия в материально-технической базе отдельных учреждений. Если больница имеет более значительные мощности по сравнению с теми, которые учитывались для однотипных учреждений при разработке нормативов, то эти мощности содержатся в средствах бюджета. Смысл такого подхода состоит в том, чтобы, с одной стороны, поддержать в переходный период учреждения с относительно высоким ресурсным обеспечением, с другой — переложить на них часть ответственности за собственное содержание. Например, больница будет вынуждена зарабатывать средства в пределах нормативных значений соответствующих видов расходов. Иными словами, появится стимул к тому, чтобы экономить на электричестве и отоплении, лучше использовать медицинское оборудование, приобретаемое на заработанные средства, оптимизировать размер используемых площадей и т. п. Это даст возможность сконцентрировать основные ресурсы на тех статьях расходов, которые напрямую влияют на качество медицинской помощи, прежде всего на повышении оплаты труда медицинского персонала и лекарственное обеспечение больных.

По мере совершенствования федерального законодательства целесообразно включить скорую медицинскую помощь (СМП) в состав территориальной программы ОМС, при этом оплачивать фактически выполненные вызовы, дифференцированные по степени сложности. Помимо формирования экономической мотивации данной службы это даст возможность использовать системные источники повышения структурной эффективности. Речь идет о том, чтобы поощрять из средств ОМС первичное звено здравоохранения за сокращение числа вызовов СМП для обслуживаемого населения: чем лучше работает поликлиника, тем меньше потребность в скорой медицинской помощи, соответственно возникающая экономия идет в учреждение, которое ее обеспечивает.

В то же время служба СМП часть финансирования должна получать «за готовность», т.е. вне зависимости от фактического числа вызовов. Это сочетание сметного финансирования и оплаты ре-

альных объемов услуг вполне можно обеспечить в системе ОМС, заложив в расчеты тарифов разумное время ожидания вызова, обеспечивающего постоянную готовность к оказанию скорой помощи. При этом такая помощь должна оказываться без предъявления страхового полиса.

Необходимо также включить в программу ОМС основную часть медицинской помощи при социально значимых заболеваниях. Основной критерий включения — возможность измерения объемов такой помощи и ее оплаты по тарифам, отражающим нормативные сроки лечения (хотя бы в среднем по профилю заболевания). Как показывает опыт ряда регионов, такое измерение и нормирование вполне реализуемы по большинству социально значимых заболеваний.

Решение задачи перехода на одноканальную систему возможно на основе перераспределения расходных обязательств субъекта РФ и муниципальных образований: основная часть дотаций из регионального бюджета, планируемых на содержание муниципальных учреждений, поступает в территориальные ФОМС в виде взносов на ОМС неработающего населения.

Как показывает опыт субъектов РФ, менее эффективен другой механизм формирования одноканальной системы — перекладывание обязательств по финансированию ОМС на муниципальные образования. Во-первых, это противоречит законодательству о разделении полномочий между отдельными органами власти: органы местного самоуправления не несут ответственности за финансирование системы ОМС. Во-вторых, практика показывает, что муниципальные образования, несмотря на имеющиеся нормативные акты субъекта РФ, не выполняют установленных обязательств по передаче средств бюджетов в территориальные ФОМС. Без изменения системы межбюджетных отношений решить эту задачу крайне сложно.

Используемый в ряде регионов механизм формирования двух тарифов — базового и на текущее содержание — в принципе, имеет право на существование (прежде всего в тех регионах, где делаются первые шаги по формированию одноканальной системы). Для учетных задач он вполне правомерен. Но тариф на текущее содержание не должен устанавливаться на индивидуальной основе для каждого учреждения, гарантируя всем возмещение из средств ОМС соответствующих затрат. Кроме того, такое разделение уместно только для проведения эксперимента, а потом необходимо пе-

реходить к тарифу, объединяющему все статьи затрат. Принцип нормирования нынешних пяти статей затрат и дополнительных статей затрат должен стать универсальным. В противном случае переход на полный тариф становится формальным. По существу это сметное финансирование.

Но даже на изложенных выше условиях метод разделения тарифа на две части, на наш взгляд, должен стать исключением, а не правилом. Большинство регионов страны имеет опыт использования нормативного принципа установления тарифов в системе ОМС. Этот принцип необходимо распространить на новые статьи затрат.

Необходимо также ввести новый порядок статистического учета перехода на одноканальный принцип финансирования. Данные о доле затрат по территориальной программе ОМС в общих расходах на здравоохранение по распорядителям средств не в полной мере отражают этот процесс, поскольку в программу ОМС в растущей мере включаются затраты, не характеризующие оплату объема медицинской помощи (например, надбавки к зарплате участковых врачей). Важно исключить такие затраты из учета и обеспечить оценку доли реально возмещаемых объемов медицинской помощи.

Для ускорения перехода на одноканальную систему финансирования здравоохранения мы рекомендуем в каждом субъекте РФ принять нормативный документ органа исполнительной власти. Этот документ должен содержать:

- поэтапный план перехода на одноканальную модель финансирования;
- правила направления средств консолидированного бюджета региона в бюджет территориального ФОМС;
- формы соглашения между органами управления государственным и муниципальным здравоохранением, территориальным ФОМС о финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий медицинской помощи при одноканальной модели финансирования здравоохранения;
- новый порядок установления тарифов, в том числе нормативы затрат, включаемых в тарифы, в системе ОМС.

Следует отметить, что переход к одноканальной системе финансирования не означает потери органом управления здравоохранением полномочий по распределению государственных средств.

Формирование одноканальной системы финансирования требует расширения реального контроля со стороны этого органа за использованием государственных финансовых ресурсов в системе здравоохранения. Главный механизм такого контроля — финансовое планирование, т. е. разработка территориальной программы государственных гарантий, формирование заказов-заданий медицинским организациям, нормативов финансирования страховых медицинских организаций, мониторинг реализации территориальных Программ государственных гарантий.

4.3.2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФИНАНСОВОГО ПЛАНИРОВАНИЯ

Сложившаяся система финансового планирования требует совершенствования прежде всего в силу недостаточности обоснования объемов медицинской помощи. Это задача не только органов государственного управления, но и территориальных ФОМС и страховых медицинских организаций. Планирование «сверху» должно сочетаться с планированием «снизу» — на основе предложений муниципальных образований и страховых медицинских организаций в отношении объемов помощи.

На наш взгляд, ключевым направлением совершенствования финансового планирования должна стать система государственных и муниципальных заданий медицинским учреждениям. Можно выделить следующие этапы формирования заданий.

1. *Анализ показателей эффективности и качества медицинской помощи* проводится в разрезе отдельных муниципальных образований, а также по государственным учреждениям. Орган управления здравоохранением (ОУЗ) и территориальные ФОМС собирают информацию по показателям объемов медицинской помощи и эффективности использования ресурсов и сравнивают эти показатели со средними по городским округам и районам и стандартизованными показателями других регионов и Российской Федерации в целом. Это сравнение позволит выявить устойчивые отклонения от средних показателей и является основанием для обсуждения с руководителями муниципального здравоохранения сложившихся зон неэффективности.

Необходимо проводить:

- *Сравнение фактических и плановых объемов медицинской помощи.* Это дает возможность, с одной стороны, определить

качество планирования, с другой — оценить действующие в системе ОМС стимулы к достижению оптимальной структуры оказания услуг. Фактические объемы оплачиваемой медицинской помощи должны в сумме быть равны плановым объемам, что особенно важно для стационарной помощи. Необходимо преодолеть ситуацию, когда планируются одни объемы, а реально оплачиваются другие. Такая ситуация в какой-то мере приемлема для отдельной больницы, но не для всех больниц муниципального образования.

- *Анализ соотношения планового норматива финансовых затрат и фактических удельных затрат* в целом по региональной системе здравоохранения и по отдельным муниципальным образованиям. Приближение второго показателя к плановому свидетельствует не только о качестве планирования, но и о реальной эффективности реструктуризации. И наоборот, если стационар имеет фактические удельные затраты ниже установленного для данного типа учреждений финансового норматива, то это является признаком «размазывания» ресурсов по не обоснованно широкому фронту работ. Иными словами, в таком стационаре велика доля необоснованных госпитализаций, затянуты сроки госпитализации и т.п. Как следствие снижается ресурсоемкость, а значит, и качество услуг.
- *Сопоставление сложившихся показателей эффективности и качества* в конкретном городском округе или районе *со средним показателем* по единице административного деления соответствующего уровня. При существенном разбросе этих показателей целесообразно составлять кластеры административных образований, объединяя те из них, которые имеют сходные социально-экономические условия, показатели здоровья и примерно одинаковую сеть медицинских организаций. Хотя сравниваются средние показатели, необходимо максимально декомпозировать эти показатели для определения параметров деятельности отдельных учреждений.
- *Анализ деятельности государственных учреждений здравоохранения* с акцентом на выполнение заданий на объемы медицинской помощи (по профилям коек), определение доли работ, не соответствующих назначению этих учреждений как центров специализированной медицинской помощи.

Для выделения устойчивых отклонений деятельности муниципальных систем здравоохранения необходимы единые форматы сбора и анализа данных.

2. Разработка проектов заданий. Основываясь на анализе сложившейся ситуации, ОУЗ и территориальные ФОМС представляют руководителям муниципального здравоохранения и государственных ЛПУ свои проекты заданий. Эту работу целесообразно синхронизировать с разработкой ТПГГ. В идеальном варианте эта программа должна быть суммой финансово обеспеченных объемов медицинской помощи — заданий ЛПУ. Ключевой момент этой работы — планирование межтерриториальных потоков пациентов. Муниципальное задание должно формироваться не только на объемы помощи в сети муниципальных учреждений, но и на услуги, оказываемые населению в других муниципальных образованиях и в окружных учреждениях. И наоборот, в составе задания необходимо учитывать и помочь, оказываемую населению других муниципалитетов. По мере вызревания организационных предпосылок формирования межрайонных центров значение такого планирования будет возрастать.

3. Разработка предложений ЛПУ по объемам медицинской помощи. Основываясь на проектах заданий, формируемых сверху, муниципальные образования и государственные ЛПУ разрабатывают свои предложения, учитывая при этом потребность в медицинской помощи, имеющиеся мощности и варианты повышения эффективности их использования.

4. Согласование проектов заданий и предложений. В каждом субъекте РФ необходимо создать согласительную комиссию из числа представителей ОУЗ и территориального ФОМС, медицинской ассоциации, ассоциации страховых медицинских организаций, представителей муниципальных образований. Аналогичные согласительные комиссии должны быть созданы и в муниципальных образованиях. Кроме того, целесообразно четко расписать процедуру согласования и процесс принятие решений. Нам представляется, что проекты и предложения должны обсуждаться до достижения приемлемого для обеих сторон решения. В ряде регионов России, например в Челябинской и Кемеровской областях, согласование иногда проводится 4–5 раз. По итогам согласований корректируются проектные показатели ТПГГ.

5. Увязка заданий с объемами медицинской помощи, оплачиваемыми страховщиками по ОМС. Нам представляется, что муниципальное

задание (его предварительный вариант) должно конкретизироваться страховщиками с учетом особенностей застрахованного населения и в этом виде должно стать частью договора между страховщиком и ЛПУ. Отсутствие связи заказов с договорными обязательствами в системе ОМС (объемы помощи сегодня в договор с ЛПУ не включаются) повышает риск несовпадения планируемых и фактических объемов. Страховщики выпадают из этого процесса, поэтому ослабляют требования к обоснованности госпитализаций и не могут сдержать расширение объемов стационарной помощи сверхзапланированных. Кроме того, такая связь способна усилить действие экономических стимулов, определяемых методами оплаты медицинской помощи. В конечном итоге задания должны стать основой договорных отношений между страховщиком и ЛПУ.

Если больница имеет договоры с несколькими страховщиками, то распределение задания между ними можно осуществлять пропорционально объемам помощи, оказанной их застрахованным в предшествующем году.

При этом договор на оказание медицинской помощи в системе ОМС должен содержать:

а) согласованные объемы стационарной помощи;

б) условия оплаты стационарной помощи, оказанной при отклонениях фактических объемов от согласованных.

Чтобы это обеспечить, важно вовлечь в формирование ТПГГ и заданий учреждениям страховые медицинские организации. Они находятся ближе к медицинским учреждениям и должны лучше знать их проблемы, например объем необоснованных госпитализаций, затянутые сроки лечения, проблемы качества медицинской помощи.

6. Мониторинг выполнения заданий. ОУЗ и территориальные ФОМС должны систематически анализировать отклонения фактических объемов от плановых, выявлять их причины и вносить изменения в планы следующего года. Опыт ряда регионов страны (например, Ярославской области) показывает, что эту работу лучше проводить в рамках объединенной комиссии.

4.3.3. РАСШИРЕНИЕ ФУНКЦИЙ И ФИНАНСОВОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Сложившаяся модель ОМС с множественностью страховщиков, выполняющих функции пассивных посредников в движении

финансовых средств от территориальных ФОМС к медицинским учреждениям, является неэффективной. Страховые медицинские организации (СМО) в системе ОМС должны не только возмещать расходы при наступлении страхового случая (лечения), но и реально влиять на систему оказания медицинской помощи, обеспечивая более эффективное ее функционирование. Они должны стать информированными покупателями медицинской помощи, действующими в русле государственной политики здравоохранения. Это означает, что помимо выполняемых сегодня функций (контроль качества, оплата услуг, защита прав застрахованных) страховщики будут выполнять следующие дополнительные функции:

- организация медицинской помощи застрахованным, например помочь больному в случае выявленной необходимости в переводе в другое учреждение (в том числе на более высокий этап оказания услуг);
- участие в планировании оказания медицинской помощи, прежде всего в разработке заданий ЛПУ с включением результатов согласований в договоры на предоставление медицинской помощи в системе ОМС (в виде согласованных объемов помощи и условий оплаты при отклонениях);
- управление объемами медицинской помощи: контроль за обоснованностью и сроками госпитализаций, поощрение структурных преобразований в системе оказания медицинской помощи (развитие дневных стационаров, межрайонных центров оказания помощи и т.п.), контроль за соблюдением установленной системы направления пациентов;
- стимулирование мероприятий ЛПУ по обеспечению качества медицинской помощи. Это не только контроль качества, но и реальные меры по его повышению, например поощрение использования более эффективных медицинских технологий, стимулирование кооперации различных учреждений по лечению хронических заболеваний;
- осуществление (совместно с органом управления здравоохранением и территориальным ФОМС) мониторинга за деятельностью медицинских организаций. При таком подходе объектом оценки является не отдельный страховой случай, а их совокупность. СМО осуществляет экспертизу методов лечения определенного заболевания в ЛПУ на предмет их соответствия существующим медицинским стандартам, оценивает

результаты лечения, представляет в орган управления собранную информацию для принятия решения о ее последующем распространении. Проводимые в настоящее время в ряде регионов тематические экспертизы являются первым шагом на пути изменения парадигмы деятельности страховщиков.

Чтобы обеспечить выполнение этих функций, необходимо предусмотреть *повышение требований государства к страховым медицинским организациям*. В состав таких требований должны входить:

- обязательное информирование застрахованных об условиях и порядке предоставления им медицинской помощи, подачи жалоб и обращения с жалобами в другие организации;
- экономическое обоснование планируемого распределения средств между медицинскими организациями, с которыми будут заключены договоры о медицинской помощи застрахованным;
- требования к уровню развития информационных систем, персонифицированного учета объемов помощи, оказываемой застрахованным;
- прозрачность деятельности СМО: публикация отчетов, предоставление информации о результатах деятельности.

Расширение функций СМО обеспечивается, с одной стороны, повышением требований к их аккредитации и конкурсному отбору (см. п. 4.3.4.), с другой — экономическим стимулированием страховщиков. Последнее осуществляется в зависимости от достигнутых значений по ряду показателей, отражающих эффективность использования ресурсов в системе оказания медицинской помощи (например, по объемам профилактических мероприятий, числу вызовов «скорой помощи», средней длительности лечения в стационарах, числу повторных госпитализаций). Такое стимулирование должно осуществляться территориальным ФОМС за счет резервируемых на эти цели средств.

Более сильным мотивационным механизмом, альтернативным экономическому стимулированию по показателям, является *разделение финансовых рисков между территориальным ФОМС и страховщиком*: последний берет на себя часть рисков, связанных с отклонениями фактических расходов на оказание медицинской

помощи застрахованным от плановых. Если в результате действий страховщика по оптимизации оказания медицинской помощи застрахованным достигается экономия, то он вправе использовать часть этой экономии в качестве своего дохода. И наоборот, если расходы на оказание медицинской помощи превысили запланированную величину, то часть перерасхода покрывается страховщиком за счет его собственных средств, а остальное (сверх установленных лимитов) — за счет субсидий территориального ФОМС.

При этом система разделения финансовых рисков должна осуществляться с большой осторожностью. Следует учитывать, что слишком высокие риски СМО могут усилить их заинтересованность в отборе здоровых контингентов населения. Вместо ожидаемой оптимизации издержек акцент в деятельности страховщиков сдвинется в сторону селекции рисков.

Чтобы сдержать эту негативную тенденцию, необходимо:

- а) начать с невысокого размера риска, возлагаемого на СМО, — не более 5 %-го отклонения фактических расходов от плановых (суммы поступлений по подушевому нормативу финансирования);
- б) разработать более точный норматив финансирования СМО — с учетом широкого круга факторов, определяющих индивидуальную потребность в медицинской помощи.

Страховщики должны быть поставлены в равные экономические условия независимо от состава застрахованных.

Введение системы разделения финансовых рисков требует серьезной подготовки. Это практически нереально в масштабах страны. Целесообразно провести эксперимент в 2–3 регионах, последовательно реализующих политику формирования конкурентной среды в здравоохранении. Но в ситуации кризиса такой эксперимент может дать результаты, обратные ожидаемым.

4.3.4. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДОПУСКА СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ К РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ОМС

Можно выделить следующие принципы совершенствования системы допуска СМО:

- Оценка СМО проводится в соответствии с разработанным стандартом услуги (включающем требования к компетенции) на основании показателей степени соответствия стандарту.

- Показатели, применяемые для оценки, должны строиться на основе отчетных данных.
- Процедура оценки должна быть формализована и прозрачна.

Система отбора СМО должна включать три уровня: лицензирование, аккредитацию, оценку деятельности и отбор страхователем или застрахованным.

Лицензирование проводится Федеральной службой по надзору за страховой деятельностью с целью обеспечения финансовой устойчивости СМО. Специфические характеристики страховой компании, определяющие их возможности работать в системе ОМС, не учитываются.

Аkkредитация проводится для обеспечения соответствия квалификационных характеристик СМО требованиям, предъявляемым к страховщику в системе ОМС. Аkkредитация должна проводиться на федеральном уровне, чтобы гарантировать единообразие применения государственных требований к СМО. Органом, проводящим аккредитацию, может выступать ФОМС. Аkkредитация страховщиков проводится на срок 3–5 лет для каждого субъекта РФ в отдельности.

Результатом введения механизма государственной аккредитации станет, очевидно, сокращение числа страховщиков, участвующих в системе ОМС. При этом в части субъектов РФ функции страховщика, возможно, будет выполнять одна СМО в каждом регионе. В тех регионах, где будут работать несколько аккредитованных страховщиков, граждане должны иметь возможность при желании перейти от одного страховщика к другому.

Регулярно проводимая федеральная аккредитация страховщиков будет сильным механизмом мотивации к повышению эффективности использования ресурсов в системе ОМС. Наряду с этим необходимо усиление контроля со стороны федерального и территориальных ФОМС за тем, как страховщики выполняют свои функции.

Для аккредитации устанавливается набор объективных показателей, которые отражают квалификацию страховой компании:

- 1) опыт работы в системе ОМС;

- 2) рейтинг надежности компании, установленный профессиональной организацией;
- 3) ежегодный прирост застрахованных в СМО;
- 4) доля внештатных врачей, привлекаемых для контроля качества медицинской помощи;
- 5) доля врачей высшей и первой категорий, выполняющих контроль качества;
- 6) доля регионов, где СМО имеет «горячую линию» для застрахованных и страхователей;
- 7) доля регионов, где СМО регулярно проводит изучение удовлетворенности застрахованных.

Система оценки должна включать не только набор показателей, но и порядок их оценки, а также самые высокие и медианные значения этих показателей по всем страховым компаниям, работающим в стране. Показатели 3–7 целесообразно сравнивать с медианными значениями; это обеспечит единую по всем регионам шкалу для сравнения.

Для объективной оценки показателей, характеризующих квалификацию страховщика, необходимо обеспечить ведение единой базы данных по всем компаниям системы ОМС. Такую работу может взять на себя ФОМС. Данные по каждой компании, оценки лучших и медианных значений должны быть в свободном доступе; это позволит любому работодателю и жителю страны сознательно принимать решение о выборе своего страховщика.

Стандарт услуги страхования по ОМС может быть описан следующим образом:

- полисы ОМС выдаются в день обращения застрахованных;
- ожидание в офисе страховщика не превышает 30 мин;
- легко реализуемый контакт со страховщиком по телефону «горячей линии»;
- возможность выбора поликлиники для постоянного обслуживания и получения отдельных услуг;
- возможность выбора участкового врача;
- помочь СМО в организации плановой госпитализации при соблюдении регионального норматива срока ожидания;
- помочь СМО в получении медицинской помощи за пределами места проживания застрахованного;

- разрешение проблем с получением медицинской помощи в досудебном порядке;
- обеспечение юридической поддержки застрахованного.

Оценка деятельности и выбор СМО страхователем или застрахованным. Этот выбор должен быть информированным. Все застрахованные должны быть знакомы со стандартом страховой услуги, учитываемой при аккредитации. Территориальный ФОМС обеспечивает его доступность для всех застрахованных.

Кроме того, устанавливается следующий набор показателей деятельности СМО для облегчения потребительского выбора:

- доля обоснованных жалоб на выдачу полисов ОМС;
- доля удовлетворенных жалоб на отказ в получении медицинской помощи;
- доля удовлетворенных в судебном порядке случаев защиты прав застрахованных;
- число застрахованных на одного эксперта компании;
- доля целевых экспертиз в общем объеме выполненных экспертиз качества медицинской помощи;
- количество выявленных нарушений на 10 экспертиз;
- доля выявленных случаев ненадлежащего качества медицинской помощи в общем объеме нарушений;
- доля застрахованных, удовлетворенных работой страховщика (по результатам анкетирования).

Указанный набор показателей отражает результативность работы СМО в интересах застрахованных, учитывает мнение самих застрахованных.

Мониторинг за деятельностью страховых компаний должен быть организован территориальными ФОМС, обобщение данных следует производить на уровне федерального ФОМС.

Введение аккредитации, повышение роли выбора самими застрахованными сужает поле для проведения тендеров. В рамках этой модели тендеры необходимы только для определения страховщика для тех групп граждан, которые не заявили о своем выборе конкретной СМО. В этом случае органы государственной власти проводят тендер. В нем могут участвовать только компании, получившие государственную аккредитацию. Тендер проводится по единой системе критериев, дополняющих аккредитационные

требования. Эти критерии устанавливаются Минздравсоцразвития России и ФОМС.

4.3.5. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОВ ОПЛАТЫ, В БОЛЬШЕЙ МЕРЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ЗАДАЧАМ РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Цели построения эффективной системы оплаты медицинской помощи:

1. Обеспечить повышение качества и доступности медицинской помощи для населения.

2. Способствовать реструктуризации здравоохранения, обеспечить более эффективное использование ресурсов ОМС (обеспечить ресурсосбережение).

3. Создать стимулы для расширения объемов медицинской помощи в тех случаях, когда в этом есть необходимость. При этом важно руководствоваться правилом: «Больше не всегда лучше». Механическое наращивание объемов может усугубить структурные диспропорции отрасли.

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

Выделенным целям соответствуют две главные стратегии построения рациональной системы оплаты медицинской помощи:

1. *Переход от преимущественно ретроспективных к преимущественно предварительным методам оплаты медицинской помощи.* Амбулаторно-поликлинические учреждения должны быть заинтересованы в уменьшении числа больных людей, расширении функций организации и координации оказания медицинской помощи на всех этапах ее оказания, повышении на этой основе ответственности за здоровье постоянно обслуживаемого населения. Методы подушевого финансирования, включая систему фондодержания, больше ориентируют АПУ на решение этих задач, чем ретроспективное возмещение оказанных услуг.

С учетом особой важности задач оптимизации больничного сектора здравоохранения необходимо делать акцент на оплату согласованных объемов стационарной помощи с использованием единиц объемов, в максимально возможной степени отражающих

реальные затраты на лечение больных с разной степенью тяжести заболевания.

2. Повышение требований к выбору регионами рациональной системы оплаты медицинской помощи. Регионы строят свою систему оплаты с учетом приоритетности каждой из выделенных задач. Например, в ряде регионов может быть приоритетным расширение объемов определенных профилей стационарной помощи, что диктует более активное использование ретроспективного принципа возмещения объемов. Но число возможных вариантов должно быть значительно меньше за счет исключения заведомо неэффективных методов оплаты. Учитывая значительные масштабы субсидирования регионов, федеральный центр заинтересован в том, чтобы не покрывать неэффективность деятельности региональных систем здравоохранения и ОМС.

Предлагается проведение экспертизы региональных систем оплаты медицинской помощи. Территориальный ФОМС и орган управления здравоохранением субъекта РФ разрабатывают набор документов по выбору и реализации методов оплаты медицинской помощи, включая обоснование выбора системы оплаты и проект положения о порядке оплаты медицинской помощи в системе ОМС. Минздравсоцразвития России и ФОМС проводят экспертизу этих документов и делают заключение об их соответствии задачам, стоящим перед региональным здравоохранением. Отрицательное заключение может быть основанием для снижения размера дотаций. Проведение такой экспертизы может быть важным рычагом повышения управляемости системы ОМС.

Рекомендуемые методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи в порядке их приоритетности:

- 1) на основе подушевого норматива за каждого прикрепившегося в полном объеме амбулаторно-поликлинической помощи и части объема стационарной и скорой медицинской помощи (метод фондодержания);
- 2) на основе подушевого норматива за каждого прикрепившегося в полном объеме амбулаторно-поликлинической помощи (метод частичного фондодержания);
- 3) на основе подушевого норматива за каждого прикрепившегося в объеме собственной деятельности амбулаторно-поликлинического звена;

- 4) за количество случаев, рассчитанных по нормативному набору амбулаторных услуг по диагнозам (оплата законченных случаев);
- 5) за количество нормативных посещений по диагнозам (упрощенный вариант оплаты законченных случаев);
- 6) за количество простых услуг (конкретных лечебно-диагностических мероприятий).

Ретроспективные методы 4–6 целесообразно использовать на балльной основе, т.е. оценивать услуги числом баллов и рассчитывать стоимость одного балла. Это позволит обеспечить предсказуемость затрат.

Все методы оплаты могут дать лучшие результаты, если они используются в сочетании с системой оценки результатов деятельности АПУ по модели конечных результатов. Эта система может предусматривать поощрения (особенно при использовании методов 3–6), если для этого имеются средства. Но даже при их отсутствии использование модели конечных результатов усилит требования к качеству медицинской помощи.

Необходимо свести к минимуму использование метода оплаты за количество посещений.

Подробнее рекомендуемые методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи представлены в Приложении 4.2.

Рекомендуемые методы оплаты стационарной помощи в порядке их приоритетности:

- 1) за число случаев лечения, объединенных в клинико-статистические группы (КСГ) (оплата по КСГ);
- 2) за число случаев лечения по каждому диагнозу на основе нормированной стоимости услуг и лекарственных средств, устанавливаемых медицинскими стандартами (оплата случаев по нормативному набору стационарной помощи);
- 3) за число случаев лечения по каждому диагнозу на основе нормированного числа койкодней, устанавливаемых медицинскими стандартами (оплата случаев по нормативному койкодню);
- 4) за число проведенных пациентом койкодней в профильном отделении (или оплата по среднепрофильному койкодню).

Все эти методы могут использоваться по принципу глобально-го бюджета, согласно которому предметом оплаты являются со-гласованные объемы, выраженные либо в койкоднях, либо в числе

случаев с нормированной длительностью лечения, либо в числе случаев нормативной стоимости.

При этом возможны два варианта использования принципа глобального бюджета:

- а) больнице устанавливается финансовый лимит без согласования объемов;
- б) то же, но при согласовании объемов помощи.

Кроме того, устанавливаются условия оплаты при отклонениях от согласованных объемов на основе регрессивной шкалы тарифов. Второй вариант представляется более предпочтительным, поскольку он предполагает проведение работы по выявлению зон неэффективности и планирование структурных сдвигов в системе оказания медицинской помощи.

Возможно также использование балльной системы; это обеспечит предсказуемость затрат, но сохранит действие факторов, сдерживающих реструктуризацию здравоохранения.

Оплата по среднепрофильному кододню возможна только в сочетании с принципом глобального бюджета.

Подробнее рекомендуемые методы оплаты стационарной помощи представлены в приложении 4.3.

4.3.6. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ

Можно выделить три главных направления:

- 1) от неполного тарифа к полному;
- 2) от индивидуальных тарифов к групповым, а в последующем к единым;
- 3) от детальных тарифов к укрупненным.

Первое направление реализуется в рамках стратегии перехода к одноканальной системе финансирования. Опыт Калининградской области (см. разд. 1) показывает, что этот переход может быть реально осуществлен в рамках действующего законодательства, причем в короткие сроки.

Второе направление связано с тем, что в большинстве регионов страны акцент делается на установление тарифов с учетом фактических затрат разных учреждений — либо для отдельных учреждений, либо для групп учреждений (иногда их число составляет более десяти). Индивидуализация тарифа обычно объясняется необхо-

димостью отразить специфические для ЛПУ (или их группы) экономические условия: разный уровень заработной платы, материально-технического оснащения и т.п. На практике все оказывается проще: индивидуальные тарифы устанавливаются для того, чтобы всем медицинским учреждениям обеспечить выплату заработной платы. В ряде регионов страны установление индивидуальных тарифов объясняется также тем, что многие муниципальные учреждения обслуживают настолько малое число жителей, что не могут набрать объемы, необходимые для возмещения своих затрат, т. е. их фиксированные (не зависящие от объемов) затраты слишком высоки и поэтому требуют индивидуального возмещения.

В этих объяснениях есть своя логика, но проблема состоит в том, что принцип индивидуализации тарифов, вполне уместный для ограниченного числа учреждений, становится универсальной нормой. Во всех случаях «входят в положение» учреждения, покрывая все его фактические затраты после сложных переговоров об их обоснованности.

Нам представляется, что попытка обосновать затраты в каждом учреждении не может быть признана рациональной. Такая ситуация порождает заинтересованность учреждений в расширении мощностей, повышении числа штатных должностей и прочих простых ресурсов. Невозможно все проверить. В системе ОМС повторяются подходы, свойственные бюджетной системе. Смета расходов является ключевым элементом системы экономических отношений, а использование методов оплаты за результат подстраивается к логике бюджетной системы. Такая система тарифов консервирует структурные диспропорции.

Стратегическим направлением совершенствования ценообразования в системе ОМС должен стать переход от принципа возмещения фактических затрат к принципу возмещения нормативных затрат. Цель — убрать «зонтик» для не эффективно работающих учреждений, привести в соответствие структуру работ учреждения с его миссией (например, областная больница не должна заниматься банальными случаями заболеваний). Какая-то сфера индивидуальных тарифов останется, но ее надо максимально минимизировать и четко очертить.

При этом индивидуальные тарифы допускаются по принципу не уровня учреждения, а по сложности патологий. Например, областная клиническая больница получает более высокий тариф за осложненные случаи аппендицита, но обычные случаи лечатся по одной цене во всех учреждениях области. Возможны также

некоторые другие основания для индивидуальных тарифов, например, для учреждений в малых поселениях, но их перечень должен быть сведен к минимуму и постоянно сокращаться по мере консолидации многих видов работ в более крупных межрайонных центрах.

Разумеется, переход на нормативный принцип возмещения должен быть растянут во времени, чтобы не поставить в сложное положение те учреждения, которые имеют более высокие коммунальные расходы и прочие фиксированные затраты. В каждом субъекте РФ необходимо установить вектор преобразований — какая часть затрат будет индивидуализирована в 2010 г., а какая возмещается на нормативной основе; как изменится эта пропорция в последующие год-два. Медицинские учреждения должны знать, что уже в ближайшее время им потребуются серьезные управленческие действия, для того чтобы вписаться в единый тариф.

При этом важно установить период перехода от индивидуальных к общим тарифам для всех учреждений каждого субъекта РФ — не более 3 лет.

Переход на полный и единый тариф предполагает нормирование затрат. Необходимо провести работу по формированию территориальных нормативов финансовых затрат на основе МЭС и анализа затрат (например, посмотреть, почему в одной ЦРБ 3 хирурга, а в другой один при одинаковой численности населения). Без обоснованных укрупненных нормативов сложно строить систему детальных тарифов.

При формировании территориальных нормативов финансовых затрат необходимо осуществить:

- отбор типичных медицинских организаций для каждого вида медицинской помощи и каждого уровня ее оказания;
- проведение финансового учета фактических затрат в разрезе их видов;
- проведение финансового планирования затрат каждого вида при условии нормативной загрузки с использованием действующих норм и нормативов, медицинских стандартов (протоколов), формулярных перечней и т.д. и средневзвешенных цен на тарифы и услуги;
- проведение медико-экономического анализа обоснованности фактических и плановых затрат медицинских организаций. В процессе анализа сопоставляются данные о затратах

по каждому профилю в расчете на единицу объема, выявляются причины расхождений на основе данных страховщиков о зонах неэффективности (занесенная длительность лечения из-за дублирования обследований, выполненных на амбулаторном этапе, необоснованное назначение обследований, необоснованное применение лекарственных препаратов и т.п.);

- усреднение обоснованных плановых затрат на единицу объемов для каждого вида затрат в разрезе профилей коек (врачебных специальностей), анализ достоверности результатов;
- формирование территориальных нормативов финансовых затрат на основании усредненных плановых затрат на единицу объемов по видам и уровням оказания медицинской помощи в разрезе профилей коек и врачебных специальностей как обоснованных затрат на производство медицинских услуг при рациональном и эффективном использовании ресурсов медицинской организацией.

Переход от детальных тарифов к укрупненным основан на использовании в качестве учетной единицы оплачиваемых объемов случаев лечения с одинаковой стоимостью. Необходимо начать работу по формированию общегосударственной системы клинико-статистических групп (КСГ). По существу это движение от индивидуальных к общим тарифам в целом по стране. В рамках единой системы КСГ тарифы по отдельным группам должны быть скорректированы на региональные условия финансирования (по группам регионов с примерно одинаковой бюджетной обеспеченностью), а также на ряд других объективных факторов, определяющих различия в стоимости услуг по регионам. Такая система должна быть основана на обоснованных затратах на укрупненные единицы объемов.

В рамках системы оплаты по КСГ тариф на группу случаев получается умножением базовой ставки на вес этой группы, т. е. на коэффициент, отражающий отклонение затрат от группы, взятой за единицу. Коэффициенты должны быть едиными, а базовая ставка может быть разной в разных регионах.

Разработка КСГ — это общегосударственная задача, которая должна решаться под прямым контролем Минздравсоцразвития России и ФОМС.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ дает основания для выводов и рекомендаций по каждому из четырех разделов.

КРАТКИЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗДЕЛУ 1 «ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОВЕДЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Выходы

1. Выбор направлений пилотного проекта был сделан правильно. Тем не менее организация эксперимента имела определенные изъяны, главные из которых:

- отсутствие методологической основы для реализации эксперимента;
- несоответствие сроков эксперимента содержанию мероприятий;
- слабый учет региональных особенностей в постановке задач эксперимента;
- недооценка рисков планируемых мероприятий эксперимента;
- формальный подход к мониторингу пилотного проекта.

2. Переход на одноканальную систему финансирования осуществлялся с использованием двух вариантов перераспределения средств:

а) увеличение размера взносов из бюджетов субъектов РФ на ОМС неработающего населения;

б) передача средств муниципальных образований региональному бюджету для последующего направления их в систему ОМС.

Первый механизм оказался более эффективным, поскольку обеспечивает быстрое и безусловное объединение бюджетных

и страховых средств в территориальных ФОМС. В то же время в ходе эксперимента стало очевидно, что использование этого механизма связано с политическими издержками для региональной власти, поскольку предполагает уменьшение размеров бюджетных средств, контролируемых муниципальными органами власти. Многие pilotные регионы использовали второй механизм, что снизило общие темпы перехода на одноканальную систему финансирования.

3. В ходе апробации этих механизмов было доказано, что для перехода на одноканальную систему финансирования не требуется изменения федерального законодательства, а уровень финансирования здравоохранения не имеет отношения к поставленной задаче. Этот процесс отражает *объединение* средств, а не их увеличение. Потребность в таком объединении выше в экономически менее развитых регионах. Там, где это осознали, особых проблем с переходом на одноканальную систему не было и переход позволил сконцентрировать ресурсы.

4. Эксперимент с оплатой стационарной помощи с учетом требований медико-экономических стандартов оказался менее успешным. Этот метод не получил широкого распространения прежде всего в силу недостаточности средств для оплаты современных медицинских технологий. Нереализованным оказалось и ожидание, что регионы смогут формировать свои программы государственных гарантий на основе экономической оценки стандартов. Тем не менее проведенный эксперимент оказался полезным. Он дал дополнительный толчок развитию стандартизации в стране и доказал необходимость укрупнения тарифов, причем не просто арифметического сложения тарифов по стандартам, а использования качественно иного подхода — метода оплаты на основе клинико-статистических групп. Кроме того, были поддержаны некоторые наиболее приоритетные услуги.

5. Апробация оплаты амбулаторной помощи на основе метода фондодержания осуществлялась в 11 регионах, но реальный опыт (тоже не очень большой) накоплен только в 2–3 регионах. Здесь он обеспечил очень обнадеживающие результаты. Фондодержание создало сильную мотивацию к повышению ответственности поликлиник за состояние здоровье обслуживаемого населения и на этой основе обеспечило сокращение объемов стационарной и скорой медицинской помощи. Были успешно апробированы механизмы, сдерживающие действие негативных характеристик этого метода. В то же время стало ясно, что фондодержание — это сложный

и противоречивый механизм, требующей тщательной настройки и перенастройки в зависимости от полученных результатов. Данный процесс выходит за рамки годичного срока эксперимента. Опыт лидеров (в целом позитивный), например Калининградской области, не может механически тиражироваться в других регионах. Надежда на то, что один регион попробует, а остальные сделают так же, оказалась иллюзорной.

6. В ходе пилотного проекта некоторые регионы расширили планируемый набор мероприятий. Наиболее интересные из них: оплата амбулаторно-поликлинической помощи на основе сочетания метода оплаты законченного случая и подушевого норматива финансирования профилактических мероприятий; комплексная оценка деятельности медицинских учреждений на основе моделей конечных результатов; проведение страховыми медицинскими организациями тематических экспертиз; конкурсное размещение заданий по обеспечению государственных гарантий; передача части медицинских и вспомогательных услуг на аутсорсинг; автономизация общей врачебной практики в составе поликлиники; сдача в аренду имущества ЛПУ.

7. Ход пилотного проекта подтвердил правильность выбора направлений апробации новых механизмов финансирования здравоохранения. Проект стимулировал субъекты РФ к выдвижению и апробации инициативных преобразований. Эксперимент продемонстрировал, что регионы могут самостоятельно разрабатывать и проводить институциональные преобразования по этим направлениям. В этом состоят несомненные позитивные результаты реализации проекта. Новые экономические механизмы в целом стимулировали процесс оптимизации объемов стационарной помощи. В 12 из 19 пилотных регионов объемы оказываемой скорой медицинской помощи снижались, в то время как средний показатель по России был практически стабильным. В то же время короткий срок реализации проекта не позволяет анализировать динамику относительно консервативных показателей здоровья населения, к тому же большинство из этих показателей являются результатом действия комплекса внешних факторов.

Рекомендации

1. Пилотный проект продемонстрировал, что российская система здравоохранения обладает способностью децентрализованно осуществлять разработку и внедрение нововведений в органи-

зации и финансировании здравоохранения при условии легитимизации центром такого реформирования. Поэтому необходимо продолжить проведение подобных пилотных проектов по тем же и новым направлениям.

2. Необходимо использовать опыт пилотного проекта в ситуации экономического кризиса. Прежде всего это касается механизмов одноканальной системы финансирования. Они дают возможность сконцентрировать финансовые ресурсы для активизации антикризисной политики в здравоохранении. Прочие апробируемые мероприятия также направлены на повышение доступности медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения. Их осуществление следует продолжить в новых экономических условиях.

3. Для успеха реформ в масштабах страны недостаточно их экономического стимулирования федеральным центром. Необходимы политическое давление на регионы, четкое определение планов реформирования, жесткий и компетентный контроль выполнения обязательств, которые берут на себя регионы. Причем этот контроль не должен сводиться к оценке достижения формальных показателей, предусматриваемых соглашениями с регионами. Необходимы анализ содержания проводимых мероприятий, обобщение накопленного опыта и его распространение в масштабах страны.

4. В осуществлении реформы многое зависит от уровня управления региональным здравоохранением. Пилотный проект подтолкнул на первый план выход наиболее компетентных и инициативных управленцев. Их работу необходимо поощрять всеми возможными способами. Одновременно следует готовить управленцев среднего звена, на которых в ближайшие годы ляжет основная нагрузка по реализации реформы.

5. Требуется значительно более детальная разработка условий пилотного проекта на федеральном уровне. Недостаточно поставить правильные задачи. Необходимо обобщить имеющийся отечественный и зарубежный опыт, создать методологическую базу экспериментов, разработать алгоритм подготовки к реализации мероприятий проекта в регионах, наладить систему мониторинга, ориентированную на оценку содержания проводимых преобразований, а не просто на оценку установленных показателей. Большое значение имеет подготовка кадров, нацеленная на осво-

ение уже имеющегося опыта. К разработке дизайна проекта следует привлекать представителей регионов-лидеров и экспертное сообщество.

6. Направления модернизации, выбранные в пилотном проекте, требуют значительно большего времени для их реализации. Целесообразно планировать такие проекты на 2–3 года.

7. Пилотные проекты, аналогичные федеральному, следует планировать отдельно по группам регионов. В регионах-лидерах целесообразно проводить апробацию сложных по устройству механизмов финансирования и управления. Это прежде всего разработка и реализация стратегических планов реструктуризации системы оказания медицинской помощи, укрепление многоуровневой системы оказания специализированной помощи и ее взаимодействия с первичным звеном, создание межтерриториальных центров медицинской помощи, массовое развитие общих врачебных практик, реальное фондодержание, расширение функций страховых медицинских организаций, разделение финансовых рисков между территориальными ФОМС и страховщиками, преобразование отдельных ЛПУ в автономные учреждения. При этом необходимо обеспечить непосредственное участие данных регионов в разработке федеральных нормативных документов, регулирующих проведение соответствующей аprobации.

8. В регионах, имеющих небольшой опыт новаций в организации и финансировании здравоохранения, возможна аprobация отдельных новых механизмов финансирования и управления, но масштабные преобразования целесообразно осуществлять только после их отработки в первой группе регионов. При проведении этих преобразований целесообразно предоставить регионам определенные возможности вносить изменения в реализуемые нововведения. В регионах, не проявляющих инициативы к нововведениям, целесообразно внедрять только уже хорошо аprobированные механизмы. Возможные вариации внедряемых механизмов должны быть четко определены дизайном проекта.

9. При осуществлении политики субсидирования региональных систем здравоохранения целесообразно выделить группу регионов-лидеров и финансово поддержать их в первую очередь в ситуации экономического кризиса. К их числу можно отнести Калининградскую, Калужскую, Томскую, Тюменскую области, Пермский край. Возможно, это неполный список.

КРАТКИЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗДЕЛУ 2 «ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЕЕ ЗАДАЧАМ И ИНСТРУМЕНТАМ»

Выводы

1. Доступность лекарственных средств для населения определяется объемом государственного финансирования лекарственного рынка, особенностями регулирования ценообразования на ЛС, выбором льготных категорий населения и способов компенсации их затрат на ЛС.

2. В России объем государственного финансирования лекарственного рынка в первой половине 2009 г. составил 23,6% общих затрат на лекарства, что значительно ниже, чем во многих странах мира, где эта доля составляет от 38 до 88 %. При этом подушевое потребление ЛС в России, даже с учетом государственных программ, также значительно ниже показателей во многих других странах. Низкий объем потребления связан с низкой экономической доступностью лекарств для населения в России.

3. Особенность действующей системы регулирования цен — заявительный характер регистрации цены на ЖНВЛС, необязательность самой регистрации, отсутствие эффективного механизма контроля за сформированными ценами, право субъектов Российской Федерации самостоятельно устанавливать предельные торговые надбавки к ценам ЖНВЛС. Уровни надбавок для оптового звена колеблются в различных субъектах РФ от 3–5 % до 60–80 %. При этом предельная оптовая надбавка, которую устанавливали в регионах, применялась к отпускной цене не только производителя, но и организаций оптовой торговли. На практике для реализации лекарств выстраиваются цепочки посредников, каждый из которых применяет предельные оптовые надбавки соответствующих регионов.

4. В государственном сегменте рынка низкое качество планирования закупок наряду с ростом стоимости препаратов в условиях недостаточного ценового регулирования привели к тому, что при постоянном уменьшении числа льготополучателей по программе ДЛО/ОНЛС наблюдается рост удельных расходов на реализацию этой программы в расчете на одного получателя. Фактические расходы ежегодно превосходят первоначально планируемые, при этом растет объем товарных остатков лекарственных средств.

5. Изъяном дизайна реализации программы ДЛО/ОНЛС является право граждан выходить из нее, что разрушает страховой принцип и усиливает затратные тенденции. При этом попытки ограничить затраты внутри программы ОНЛС путем введения квот, ужесточения правил выписки рецептов, пересмотра и сокращения списков препаратов приводят к тому, что условия получения лекарств ухудшаются, выход льготников из программы продолжается, а удельные расходы на одного остающегося в программе все равно увеличиваются.

6. На рациональность выписки лекарственных препаратов в амбулаторно-поликлиническом звене оказывают негативное влияние:

- отсутствие законодательного запрета на недобросовестную маркетинговую деятельность фармпроизводителей в отношении стимулирования врачей к выписке определенных препаратов;
- отсутствие системы поощрения врачей к рациональной выписке лекарств и дженериков;
- отсутствие перечня дженерической замены препаратов.

7. Даже в программе ОНЛС отсутствует регулирование контроля за рациональностью и обоснованностью назначений. Анализ персонифицированных данных о выписке ЛС при определенных заболеваниях выявляет значительные расхождения между реально выписываемыми ЛС и утвержденными стандартами медицинской помощи при этих заболеваниях. Проблема усугубляется более значительной, чем в других странах, долей безрецептурного отпуска препаратов (в России доля безрецептурных препаратов в натуральном выражении составляет 75 %, в странах Европы — 25–27 %).

8. Увеличение цен на медикаменты уменьшило возможности населения (прежде всего бедных категорий) приобретать необходимые ЛС за счет личных средств. Данные социологических опросов свидетельствуют о снижении удовлетворенности населения (в первую очередь пенсионеров) состоянием лекарственного обеспечения в России. Это может привести к нарастанию социальной напряженности в обществе.

9. Лекарственное обеспечение требует срочного реформирования. Сохранение существующего положения усугубит нерацио-

нальное расходование ресурсов, но при этом не увеличит доступность лекарств. Политические риски отказа от программы ОНЛС велики. Однако они могут быть уменьшены при переходе к новой всеобщей системе социального лекарственного страхования, не разрушающей, а достраивающей имеющуюся систему лекарственного обеспечения.

Рекомендации

1. Для повышения экономической доступности лекарственных средств необходимо внедрение системы возмещения их стоимости, которая должна охватывать более широкие слои населения России. Возмещение должно предусматривать создание дифференцированных программ страхования в зависимости от социальной категории пациента, тяжести его заболевания, особенностей получаемого препарата, а также дифференцированное обязательное соучастие пациента в оплате лекарств.

2. При установлении размера соплатежа пациентов необходимо учитывать, что он:

- не должен ухудшить лекарственное обеспечение больных, пользовавшихся льготами на получение ЛС по программам ДЛО/ОНЛС и ВЗН;
- должен учитывать особенности назначаемого препарата (дженерик, инновационный брендовый препарат);
- должен учитывать желание пациента на замену (компенсация сверхустановленной референтной цены на выписанный препарат не производится).

3. Подход к установлению схемы соплатежей должен предусматривать стимулирование потребления отечественных препаратов, что позволит внедрить естественный экономический принцип развития импортозамещения.

4. Для повышения физической доступности лекарственных средств необходимо максимально широкое включение аптечных организаций в программу обеспечения лекарствами.

5. Необходимо создание информационной системы управления товарными запасами лекарственных средств и обеспечение возможности межрегионального обмена товарными излишками.

6. Для обеспечения рационального потребления лекарственных средств необходимы:

- принятие законодательных актов, снижающих возможности безрецептурного отпуска препаратов;
- внедрение системы контроля за обоснованностью назначений лекарств врачами на основе разработки формуляров по наиболее распространенным заболеваниям — клинических руководств, включающих наиболее клинически и экономически эффективные схемы лечения;
- создание системы поощрения использования дженериков через назначение медикаментов по международным непатентованным наименованиям, аналоговую или синонимическую замену в аптеках, а также через возмещение стоимости лекарств на основе референтных цен;
- законодательное противодействие маркетинговому обучению, проводимому фармацевтическими компаниями. Нельзя допускать вознаграждение специалистов здравоохранения в любой форме за назначение или рекомендацию пациентам определенного фармацевтического препарата.

7. В России необходимо формирование концепции основных лекарств и на ее основе — национального перечня основных лекарственных средств. Это может быть перечень ЖНВЛС, но в таком случае он должен включать лекарственные средства по программам ОНЛС и ВЗН. Необходимо рассмотреть вопрос об отказе от практики составления и использования региональных перечней ЛС.

Перечень основных ЛС должен формироваться на основе приоритетного использования дженериковых препаратов ввиду их сравнительно низкой стоимости и основываться на принципах медико-экономической эффективности и безопасности. Необходимо соблюдать прозрачность процесса выбора, привлекать к составлению списка ученых, представителей общественных организаций, учитывать интересы различных участников лекарственного рынка.

8. Критериями выбора основных ЛС для включения в национальный перечень должны являться соответствие медицинским потребностям населения, наличие данных, подтверждающих их действие, безопасность и сравнительную эффективности с точки зрения затрат; физическая доступность в системе оказания медицинской помощи в любое время, в достаточных количествах, в соответствующей лекарственной форме, гарантированного качества, с указанием нужной информации и по приемлемым це-

нам. С 2010 г. в перечень препаратов, производимых на территории России, должны входить только препараты, выпускаемые в соответствии с правилами надлежащей производственной практики (GMP).

9. Система государственного регулирования цен должна предусматривать установление предельной отпускной цены для отечественных и зарубежных производителей, дистрибуторов и аптек на лекарственные средства, входящие в Национальный перечень основных ЛС. Замораживание цен и установление их фиксированного максимума возможны при одновременном установлении государственных гарантий в отношении объемов закупок. Необходимо рассмотреть возможность установления нулевой ставки НДС на ЛС. При переходе российской фармацевтической промышленности на работу по GMP необходимо обеспечить сдерживание цен на ЛС.

10. Для повышения эффективности государственного регулирования цен помимо мер прямого контроля цен на ЛС должны применяться меры косвенного контроля — регулирование прибыли или система референтных цен (пределы возмещения затрат). Если расходы на ЛС полностью покрываются системой возмещения (за счет государства), цена на это лекарство должна быть близка к цене наиболее дешевых терапевтически эквивалентных лекарств, имеющихся на рынке. Если цена конкретного лекарства выше референтной цены, расходы будут покрываться государством только до референтного уровня, а разницу между референтной ценой и действительной рыночной ценой будет оплачивать пациент (принцип соплатежей).

11. Необходимо предусмотреть установление торговой надбавки в абсолютной стоимости (в настоящее время в процентах), что обеспечит продвижение ЛС вне зависимости от его цены.

КРАТКИЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗДЕЛУ 3 «АНАЛИЗ АНТИКРИЗИСНЫХ МЕР В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН И РЕКОМЕНДАЦИИ О ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РОССИИ»

Выходы

1. Среди новых вызовов здравоохранению в условиях экономического спада можно выделить возможное сокращение доступных государственных ресурсов для здравоохранения в связи со сниже-

нием ВВП и других экономических показателей, а также ростом безработицы; рост цен на лекарственные средства, средства медицинского назначения и медицинскую помощь в связи со снижением курсов национальных валют; изменения в поведении людей, обусловленные ростом безработицы, ухудшением условий жизни и нарастанием стресса.

2. Содержание антикризисных мер различается в отдельных странах с учетом национальных особенностей и масштабов кризиса. В то же время можно выделить ряд общих тенденций: приоритетное внимание обеспечению первичной медико-санитарной помощи, уменьшение расходов на медицинские технологии с относительно низкой клинической и экономической эффективностью, повышение уровня финансовой защиты наиболее уязвимых групп населения.

3. Меры по привлечению дополнительных источников доходов для финансирования системы здравоохранения включают увеличение косвенных налогов для целей здравоохранения, привлечение международной финансовой помощи, повышение размеров соплатежей населения, расширение государственных субсидий на финансирование медицинского страхования.

4. Многие страны были вынуждены сократить государственные бюджеты здравоохранения за счет сокращения объемов расходов на менее эффективные виды медицинской помощи (как правило, наиболее высокотехнологичные и дорогостоящие услуги стационаров), замораживания инвестиций в дорогостоящие объекты, сооружения и оборудование, увеличения нормативов времени ожидания плановой медицинской помощи, сокращения пособий по временной нетрудоспособности, замораживания уровня заработной платы медицинских работников, сокращения тарифов на оказание медицинской помощи в системе ОМС, стимулирования использования дженериков, сокращения расходов на управление системой здравоохранения.

5. Активизируются меры по сдерживанию затрат на лекарственные средства. В числе этих мер более жесткий контроль за проведением публичных тендеров по закупке лекарственных средств, укрупнение тендеров за счет сокращения их числа с целью закупки больших объемов медикаментов по более низким ценам, закупка дженериков вместо патентованных лекарств, включение более дешевых препаратов в перечень жизненно важных лекарственных средств, установление референтных цен.

6. Применяются два основных подхода к защите наиболее уязвимых групп населения. Первый состоит в обеспечении приоритетного финансирования из общественных источников тех видов медицинской помощи, которые в наибольшей степени восребованы этими группами населения, например услуги по охране материнства и детства, первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), профилактика и лечение инфекционных заболеваний; второй — освобождение этих групп населения от соплатежей или установление их более низкого размера.

7. Кризис — не причина для отказа от реализации среднесрочных задач реформирования здравоохранения. Напротив, реформы, направленные на укрепление ПМСП, сокращение избыточных мощностей в стационарном секторе, развитие стационарно-замещающих технологий в амбулаторных учреждениях, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи и эффективных закупочных механизмов могут существенно укрепить финансовую устойчивость системы здравоохранения. Во многих европейских странах продолжается осуществление программ реформирования системы здравоохранения, их актуальность повышается. Более того, в странах, последовательно осуществляющих программу реформ (Польша, Эстония, Киргизия), несмотря на одинаково тяжелую экономическую ситуацию, кризис вызвал меньший рост социальной напряженности по сравнению со странами, не реализовавшими на предшествовавшем этапе комплексные реформы в секторе здравоохранения (Венгрия, Латвия).

Рекомендации

1. Приоритетными задачами антикризисной политики государства необходимо сделать обеспечение финансовой устойчивости системы здравоохранения и доступности медицинской помощи для наиболее уязвимых групп населения.

2. В период экономического спада необходимо максимально обеспечить защиту бюджета здравоохранения от сокращений. В случае необходимости сокращения бюджета следует принимать меры для защиты расходов на программы укрепления здоровья и профилактики и на ПМСП, уменьшая объемы расходов на стационарную помощь, в том числе высокотехнологичную, а также на инвестиции в дорогостоящие объекты и оборудование. Эти меры в наибольшей мере ориентированы на социально уязвимые категории населения.

3. Необходимо повышать финансовую доступность лекарственных препаратов посредством усиления государственного регулирования ценообразования, стимулирования использования дженериков, проведения оценки затратной эффективности, принятия обоснованных решений о перечне жизненно важных лекарственных средств. Несмотря на жесткие бюджетные ограничения, вызванные экономическим спадом, не следует откладывать решение вопроса о создании системы социального лекарственного страхования для облегчения доступности лекарств при амбулаторном лечении. В качестве первого шага можно включить в эту систему лиц с доходом ниже установленного уровня.

4. Следует укреплять позиции доказательной медицины с целью получения большей отдачи от вложений в здравоохранение, внедрять систему медико-экономической оценки медицинских технологий при проведении тендеров на закупку лекарственных средств и медицинского оборудования.

5. С целью повышения структурной эффективности необходимо провести глубокую реструктуризацию государственных и муниципальных учреждений в российских регионах на основе территориальных планов формирования рациональной сети оказания медицинской помощи. Эти планы должны включать мероприятия по повышению роли ПМСП, формированию многоуровневой стационарной помощи с дифференциацией коечного фонда по степени интенсивности его использования, концентрации растущей части медицинской помощи в межрайонных центрах.

6. Параллельно с реструктуризацией мощностей медицинских учреждений следует развивать ориентированные на результаты системы оплаты медицинской помощи, стимулирующие к активизации профилактической работы и ранней диагностики заболеваний, проведению эффективного мониторинга и лечения больных с хроническими заболеваниями, снижению средней продолжительности пребывания больного на койке, сокращению и пере профилированию коечного фонда.

7. Можно рекомендовать рассмотрение вопроса о возможности развития частно-государственных партнерств как весьма актуальной стратегии в связи растущими финансовыми ограничениями. Однако возможность применения этого подхода в каждом конкретном случае должна всесторонне оцениваться, включая оценку жизнеспособности таких партнерств, ожидаемых от них результатов и их экономической эффективности. Более того, ис-

пользование этого подхода зависит от наличия определенных предпосылок, в которые входят соответствующие законодательная и нормативно-правовая базы и развитый институциональный потенциал для разработки и управления такого рода проектами.

КРАТКИЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РАЗДЕЛУ 4 «ПРЕДЛОЖЕНИЯ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗАЦИЮ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ»

Выводы

1. В последние годы финансовое положение системы ОМС несколько улучшилось, но серьезных институциональных преобразований в ней не произошло. Накопленные проблемы не позволяют надеяться, что в ситуации кризиса система ОМС сможет сколько-нибудь заметно смягчить проблемы отрасли.

2. Влияние системы ОМС на развитие здравоохранение ограничивается следующими факторами:

- Программы ОМС недостаточно сбалансираны с имеющимися финансовыми ресурсами.
- Сохраняется огромный разрыв в уровне финансового обеспечения региональных систем ОМС. Ресурсы, сконцентрированные в федеральном ФОМС, не позволяют осуществлять эффективное выравнивание.
- В системе ОМС концентрируется менее половины государственного финансирования здравоохранения, переход на страховые принципы финансирования идет низкими темпами.
- Уровень финансового планирования остается низким, система ОМС недостаточно вовлечена в этот процесс, что не позволяет повысить структурную эффективность здравоохранения.
- Страховые медицинские организаций не имеют необходимых возможностей и достаточной мотивации для ощутимого влияния на деятельность медицинских учреждений. Механизмы конкурсного отбора страховщиков не могут быть признаны эффективными.
- Используемые методы оплаты медицинской помощи не соответствуют задачам преимущественного развития первич-

ной медико-санитарной помощи и оптимизации объемов стационарной помощи.

- Тарифы в системе ОМС сильно различаются по регионам не только в силу разной финансовой обеспеченности, но и в силу отсутствия единого подхода к их формированию. Во многих регионах используются преимущественно индивидуальные тарифы, основанные не на нормативных, а на фактических затратах конкретных ЛПУ. Такое положение консервирует неэффективность деятельности многих учреждений, сдерживает вывод из системы излишних мощностей, ограничивает развитие межтерриториальной медицинской помощи, снижает ее доступность для населения.

3. Для повышения вклада системы ОМС в развитие здравоохранения необходимы серьезные изменения в ее организации и финансировании (механизмах формирования и объединения средств, финансовом планировании, методах оплаты медицинской помощи, ценообразовании и др.).

Рекомендации

1. Для завершения перехода на страховые принципы финансирования здравоохранения необходимо законодательное регулирование на федеральном уровне размеров взносов на ОМС неработающего населения из бюджетов субъектов РФ.

2. Создание централизованной системы ОМС не является обязательным условием усиления выравнивания финансового обеспечения территориальных программ ОМС. Для этого достаточно сконцентрировать большую долю страховых взносов работодателей в ФОМС (что будет сделано в 2011 г.) и разработать новую стратегию и новую методику выравнивания. Более высокая степень централизации (подчинение территориальных ФОМС и концентрация страховых взносов на ОМС неработающих) накладывает на федеральный центр слишком высокие финансовые обязательства и порождает риски ухудшения финансового обеспечения ОМС в относительно богатых субъектах РФ. Что же касается усиления управляющего воздействия на систему ОМС, то оно вполне достижимо и при действующей ее организации. Необходимо лучше использовать имеющиеся рычаги управления.

3. Для повышения сбалансированности территориальных программ ОМС с имеющимися финансовыми ресурсами необходимо:

- продолжить повышение требований к формированию территориальных программ в субъектах РФ на основе установления федерального норматива подушевого финансирования;
- в условиях кризиса в политике выравнивания акцент делать на группу регионов с низкой бюджетной обеспеченностью, не ставя в ближайшее время неподъемных задач улучшения финансирования всех регионов;
- повысить роль стратегической составляющей выравнивания: растянуть этот процесс на несколько лет, имея целью не перераспределение средств, а постепенное подтягивание бедных регионов к богатым;
- сделать выравнивание одноканальным за счет направления в ФОМС части общих («немаркированных») бюджетных дотаций регионам в виде трансфера федерального бюджета.

4. Ввести дополнительные программы медицинского страхования. Они финансируются за счет федерального бюджета, а также за счет объединения распыленных средств субъектов РФ, муниципальных образований, работодателей и отдельных граждан. Эти программы реализуются в порядке и на условиях обязательного медицинского страхования, т.е., в отличие от добровольного медицинского страхования, они основаны на регулируемых ценах, что делает их более доступными для населения.

5. Необходимо ускорить переход на одноканальную систему финансирования. Использование полного и единого тарифа создаст стимулы к более рациональному использованию имеющихся мощностей медицинских учреждений, сокращению расходов на их содержание. Это даст возможность сконцентрировать основные ресурсы на тех статьях расходов, которые напрямую влияют на качество медицинской помощи, прежде всего на повышении оплаты труда медицинского персонала и лекарственном обеспечении больных. Главный механизм формирования одноканальной системы — перераспределение расходных обязательств субъектов РФ и муниципальных образований. Основная часть дотаций из регионального бюджета, планируемых на содержание муници-

пальных учреждений, поступает в территориальные ФОМС в виде взносов на ОМС неработающего населения.

6. Сложившаяся система финансового планирования требует совершенствования прежде всего в силу недостаточности обоснования объемов медицинской помощи. Это задача не только органов государственного управления, но и территориальных ФОМС и СМО. Предлагается конкретный порядок финансового планирования, предусматривающий выявление зон неэффективности, согласование объемов медицинской помощи, увязку оплачиваемых объемов услуг с заданиями медицинским учреждениям, включение объемов помощи в договор между страховщиком и ЛПУ.

7. Необходимо кардинально изменить роль и функции страховщиков в системе ОМС. Они должны стать информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных. В условиях кризиса особенно важно повысить эффективность традиционных функций контроля качества и защиты прав застрахованных. Необходимо также стимулировать участие СМО в организации и планировании медицинской помощи, управлении ее объемами, обеспечении ее качества.

Чтобы обеспечить выполнение дополнительных функций, необходимо:

- а) ввести систему аккредитации СМО;
- б) в ближайшие 2 года допустить дифференциацию нормативов расходов на ведение дела по отдельным страховщикам;
- в) в последующие годы начать реализацию системы разделения финансовых рисков между территориальными ФОМС и СМО.

8. Для построения рациональной системы оплаты медицинской помощи необходимо обеспечить переход от преимущественно ретроспективных к преимущественно предварительным методам оплаты медицинской помощи. Амбулаторно-поликлинические учреждения должны быть заинтересованы в уменьшении числа больных людей, расширении функций организации и координации оказания медицинской помощи на всех этапах ее оказания, повышении на этой основе ответственности за здоровье постоянно обслуживаемого населения. Методы подушевого финансирования, включая систему фондодержания, больше ориентируют АПУ на решение этих задач, чем ретроспективное возмещение оказанных услуг. С учетом особой важности задач оптимизации

больничного сектора здравоохранения необходимо сделать акцент на оплату согласованных объемов стационарной помощи с использованием укрупненных единиц объемов.

9. В политике ценообразования в ближайшее время следует сделать акцент на три главных направления:

- 1) от неполного тарифа к полному;
- 2) от индивидуальных тарифов к групповым, а в последующем к единым;
- 3) от детальных тарифов к укрупненным.

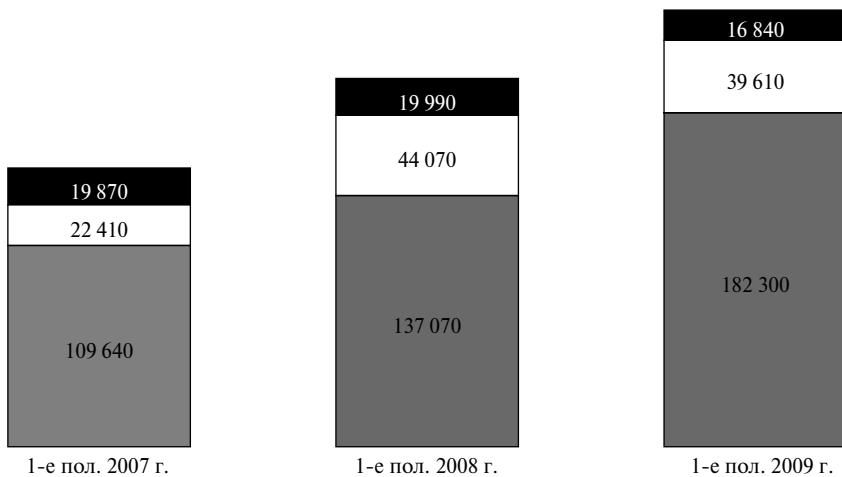
При этом важно установить период перехода от индивидуальных тарифов к общим для всех учреждений каждого субъекта РФ — не более 3 лет.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 2

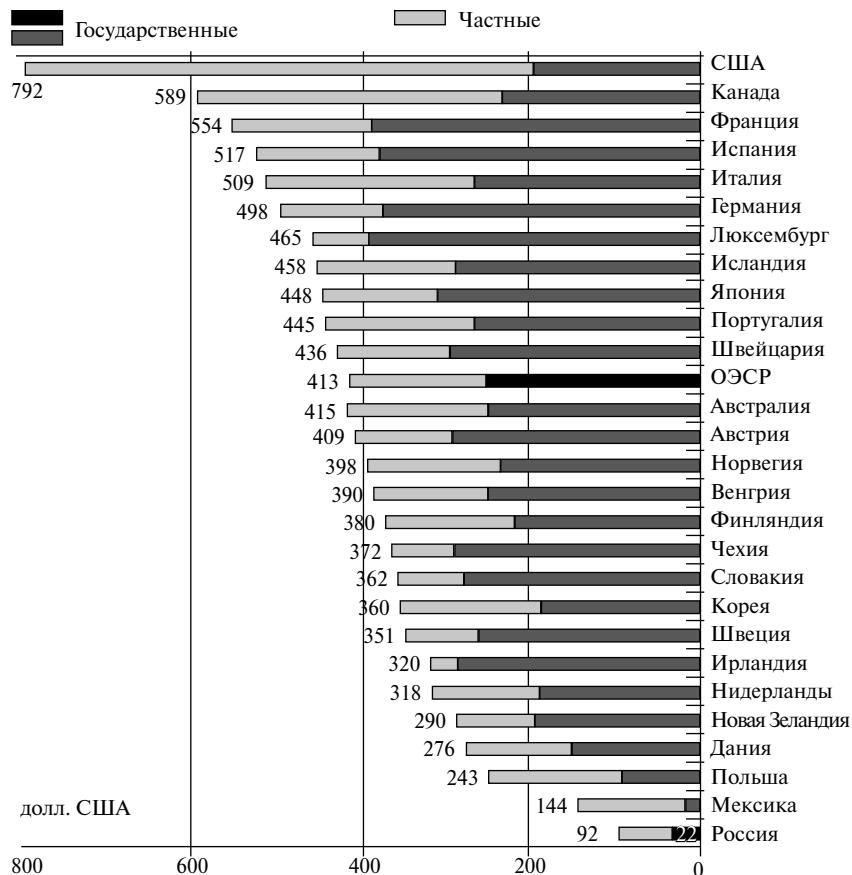
Приложение 2.1. Иллюстративные данные к разделу 2

- госпитальный рынок
- ДЛО
- розничный коммерческий рынок



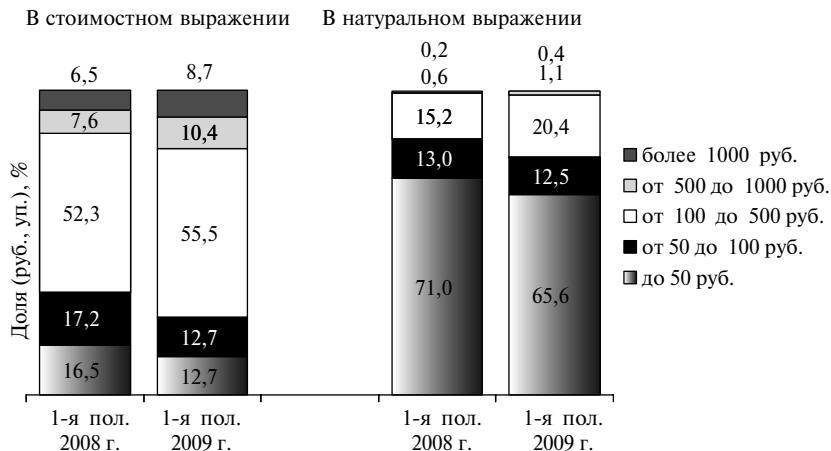
Источник: Фармэксперт, 2009а.

Рис. 1. Российский фармрынок, первое полугодие 2007 г. — первое полугодие 2009 г. (млн руб., без учета затрат по программе высокозатратных заболеваний)



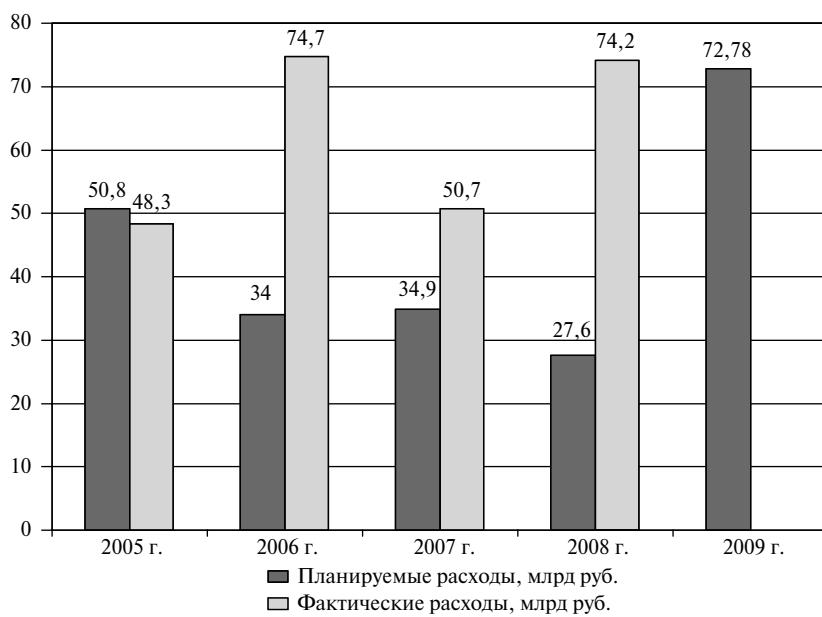
Источник: Минздравсоцразвития России, 2008.

Рис. 2. Подушевые затраты на лекарственные средства по источникам в странах ОЭСР и РФ (РФ — с учетом затрат на ДЛО)



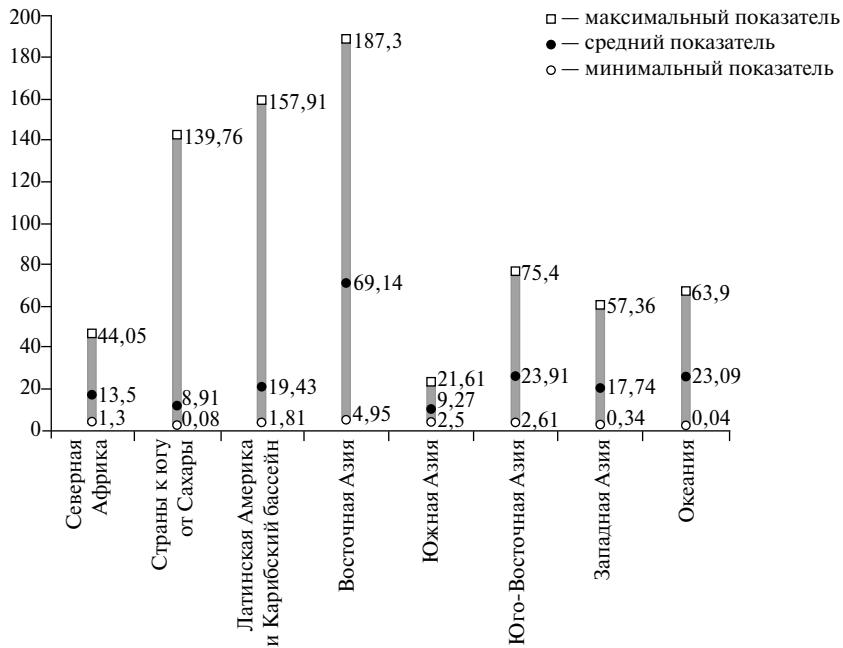
Источник: Фармэксперт, 2009б.

Рис. 3. Ценовая сегментация коммерческого фармрынка



Источник: Тельнова, 2009б.

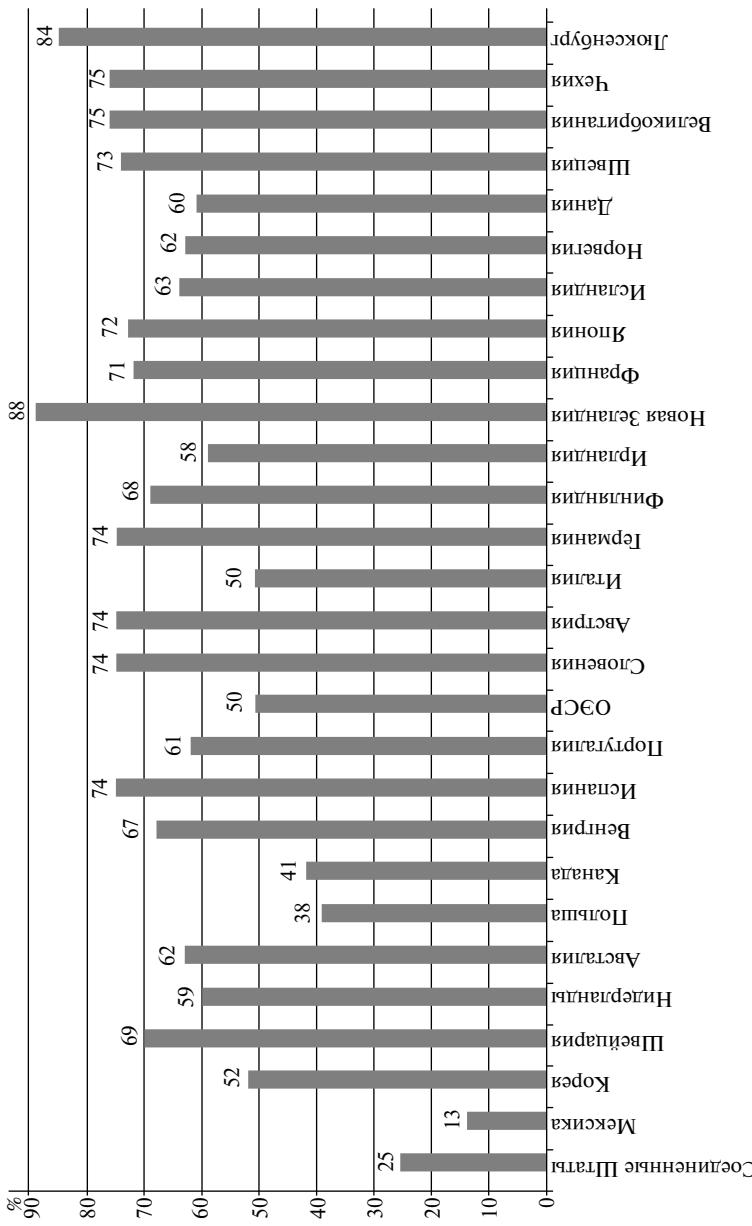
Рис. 4. Затраты на обеспечение граждан необходимыми лекарственными средствами в виде набора социальных услуг по годам



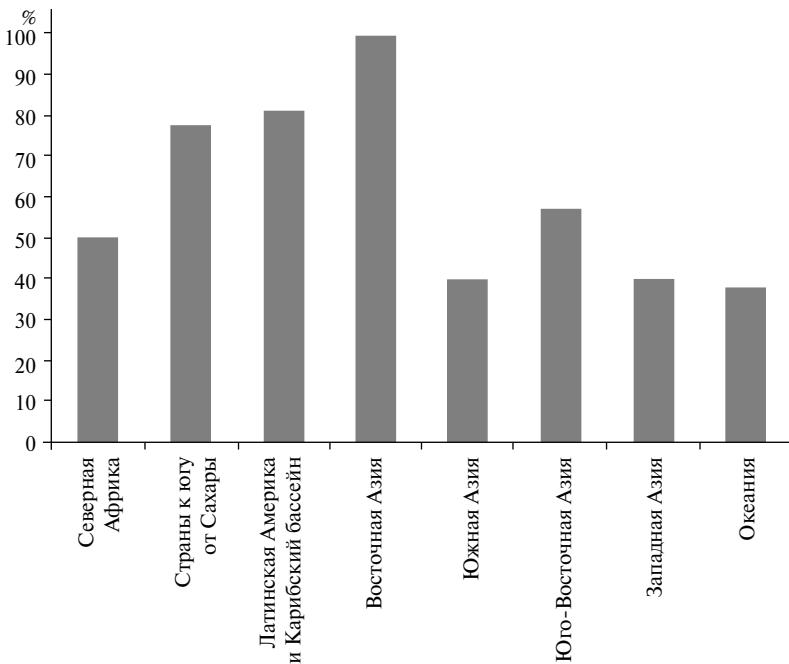
Примечание: Количество стран в выборке: 105 стран мира, 77 из которых являются развивающимися странами. Регионы представлены следующим образом: Северная Африка — 4 страны; регион Африки к югу от Сахары — 26 стран; Латинская Америка и Карибский бассейн — 16 стран; Восточная Азия — 3 страны; Юго-Восточная — 6 стран; Западная Азия — 6 стран; Океания — 11 стран.

Источник: WHO, 2007.

Рис. 5. Разброс подушевого финансирования из государственных расходов на лекарства в разных странах мира (долл. США)



Источник: ОЕСД, 2008.
Рис. 6. Доля государственного участия в общих расходах на лекарства в странах ОЭСР



Источник: WHO, 2007.

Рис. 7. Распространенность дженерической замены ЛС

Таблица 1

Основные подходы к разработке систем возмещения

Страна	Возмещение стоимости ЛС	Уровень возмещения стоимости
<i>Страны ЕС</i>		
Франция	Положительный список	Устанавливается в процессе переговоров
Германия	Отрицательный список	Эталонные цены
Испания	Отрицательный список + положительный список	Эталонные цены
Великобритания	Выборочный отрицательный список	Шкала (тарифы) возмещения
Швеция	Положительный список	Эталонные цены на препараты разных производителей. Для новых препаратов регистрация цен
Бельгия	Положительный список	Регистрируемые цены

Окончание табл. 1

Страна	Возмещение стоимости ЛС	Уровень возмещения стоимости
<i>Страны Северной Америки</i>		
США	Общественные программы здравоохранения, частное страхование здоровья	Общественные программы: минимальный из возможных вариантов. Частное страхование: фиксированные расценки, включающие плату за ЛС
<i>Страны Азиатско-Тихоокеанского региона</i>		
Китай	Национальный и региональные списки ЛС, стоимость которых подлежит возмещению	Установленные цены
Япония	Положительный список	Регистрируемые (стандартные) цены

Источники: Солтман и др., 2002; RMCF, 1997; Quinn, 1998; PhRMA, 2001; WHO, 2006.

Таблица 2

Способы регулирования затрат на обеспечение лекарствами

1. Ценообразование	2. Объем поставок	3. Затрата на обеспечение отпуска
Предельная цена Референтная цена Цены на инновационные препараты	Снижение цен в зависимости от объема	Ограничение торговых наценок Контроль прибыльности Контроль расходов на промоушен-акции

Источник: Business Insight, 2000.

Таблица 3

Методы определения предельной цены лекарств путем международного сравнения, используемые в разных странах

Бельгия	Принимают во внимание цены в странах ЕС (обычно во Франции, Германии, Нидерландах, Великобритании и стране происхождения ЛС)
Канада	На уровне или ниже средней цены в 7 странах (Франции, Германии, Италии, Швеции, Швейцарии, Великобритании, США)
Дания	Принимают во внимание цены в 10 странах (Австрии, Бельгии, Финляндии, Франции, Германии, Ирландии, Италии, Нидерландах, Швеции, Великобритании)

Окончание табл. 3

Франция	Привязка к цене в Германии, Италии, Испании, Великобритании
Греция	Среднее значение трех самых низких цен в 25 странах ЕС
Ирландия	Ниже цены в Великобритании и/или среднее значение цен в 5 странах (Дании, Франции, Германии, Нидерландах, Великобритании)
Нидерланды	Среднее значение цен в 4 странах (Бельгии, Франции, Германии, Великобритании)
Португалия	Среднее значение цен в 3 странах (Франции, Италии, Испании)
Испания	Принимают во внимание цены в ЕС, если препарат новый, находящийся под патентной защитой
Швеция	Принимают во внимание цены в ЕС
Швейцария	На уровне или ниже средней цены на 4 рынках (Дании, Германии, Нидерландах, Великобритании); принимают во внимание цену в стране происхождения, а также в Австрии, Франции, Италии

Источник: Mossialos *et al.*, 2004.

Таблица 4

**Регулируемая структура розничной цены на лекарства в странах ЕС
(% цены)**

Страна	НДС	Субстанция	Оптовая надбавка	Производитель
Австрия	16,7	24,1	7,5	51,8
Бельгия	5,7	29,2	8,5	56,6
Дания	20	23,4	4,1	52,5
Финляндия	7,4	26,6	2,6	63,3
Франция	5,2	26,2	3,8	64,8
Германия	13,8	27,3	7,7	51,2
Греция	7,4	24	5,5	63,1
Ирландия	0,0	33	10,1	57
Италия	9,1	20,4	6,7	63,8
Люксембург	2,9	30,9	8,7	57,5
Нидерланды	5,7	20,2	10,8	63,4
Португалия	4,8	19	8,4	67,8
Испания	3,8	26,8	6,7	62,7
Швеция	0,0	20	2,4	77,6
Великобритания	0,0	17,3	10,3	72,4

Источник: Paterson *et al.*, 2003.

Таблица 5

Особенности совместной оплаты лекарственных средств

Страна	Механизм сооплаты	Сооплата	Предел сбора с пациента
Австрия	Фиксированный	3,15 евро за упаковку	Нет
Дания	Дифференцированный	10%, 25%, 50% стоимости лекарства	Нет
Финляндия	Фиксированный+ Дифференцированный	0%, 25%, 50%	свыше франшизы 553 евро в год
Франция	Дифференцированный	0, 35%, 65%	Нет
Германия	Фиксированный	1,56; 2,60; 3,64 евро	2% ежегодного дохода
Италия	Фиксированный+ Дифференцированный	50% стоимости ЛС + 1,57 евро за упаковку	Нет
Нидерланды	Отсутствует	Отсутствует	Нет
Великобритания	Фиксированный	7,04 евро за каждое лекарственное средство	100,4 евро ежегодно по сертификату предварительной оплаты

Источник: Росмедстраж, 2001.

Таблица 6

Методы стимулирования врачей к выписке дженериков в ЕС

Метод	Страна
Поощрение или требование выписывания дженериков	Финляндия, Франция, Германия, Ирландия, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Испания (некоторые регионы), Великобритания
Бюджет выписки	Германия, Италия, Ирландия, Великобритания
Соглашение на оплату, связанное с выпиской	Испания (локальные схемы), Нидерланды (локальная схема в Лимбурге)
Распространение информации для продвижения дженериков	Бельгия, Италия, Ирландия, Португалия, Великобритания
Руководства по выписке	Франция, Нидерланды, Португалия, Великобритания
Мониторинг выписки	Австрия, Бельгия, Дания, Люксембург, Нидерланды, Великобритания

Источник: Mossialos et al., 2004.

**Приложение 2.2. Перечни лекарственных средств,
используемые в регулирующих документах**

Обязательный ассортимент лекарственных средств для аптечных организаций, обслуживающих амбулаторных больных	Нормативный документ, регламентирующий минимальный ассортимент лекарственных средств, необходимый для оказания медицинской помощи, наличие которого обязательно для аптечной организации, обслуживающей амбулаторных больных
Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств	Систематизированный перечень непатентованных наименований лекарственных средств, включающих препараты, без применения которых при угрожающих жизни заболеваниях и синдромах наступит прогрессирование заболевания, или появятся ухудшение его течения, осложнения, или наступит смерть пациента, а также лекарственных средств для специфической терапии социально значимых заболеваний
Список лекарственных средств льготного отпуска	Документ, утверждаемый местным органом исполнительной власти субъекта РФ, содержащий гарантированный ассортимент лекарственных средств льготного отпуска для амбулаторного лечения
Формулярный перечень лекарственных средств субъекта РФ	Документ, содержащий перечень наименований лекарственных средств, рекомендуемых для применения на территории субъекта РФ
Формулярный перечень учреждения здравоохранения	Документ, содержащий перечень наименований лекарственных средств, рекомендуемых для применения в учреждении здравоохранения
Государственный реестр лекарственных средств	Систематизированный перечень наименований и основных характеристик лекарственных препаратов, разрешенных к применению в РФ

Приложение 2.3. Классификация существующих моделей лекарственного страхования

В разных странах используются разные подходы, обеспечивающие возможность балансировки объема обязательств государства и потребностей населения в лекарственных средствах.

Классификация этих подходов в группы может быть проведено по любому из элементов организационной схемы:

- объемы государственного участия;
- контингенты населения, охваченные социальным лекарственным страхованием;

- степень и способы государственного регулирования ценообразования на фармацевтическом рынке;
- способы формирования и применения списков возмещаемых лекарственных средств;
- способы стимулирования врачей к рациональной выписке;
- модели возмещения затрат на лекарственные средства;
- другие способы комбинированной классификации.

Ниже приводится краткая классификация с использованием такого подхода. В качестве примера приводятся страны с наиболее ярко выраженными проявлениями классификационных признаков.

1. Источник (плательщик) компенсации:

- государство (Франция, Германия, Нидерланды, Норвегия, Англия, Австралия, Новая Зеландия);
- регионы (Италия, Испания);
- из местных средств (Швеция, Швейцария);
- провинции (Канада);
- страховые фонды (Чехия, Венгрия, Словения);
- смешанно (США).

2. Контингент:

- социальные льготники (Франция);
- застрахованные на случай болезни (Германия);
- пациенты государственной службы здравоохранения (Англия, Чехия);
- лица старше 65 лет (Испания);
- малообеспеченные граждане и инвалиды (Венгрия);
- лица старше 66 лет и больные определенными группами заболеваний (Норвегия).

3. Список ЛС:

- «позитивный» (Норвегия, Швеция, Дания, Нидерланды, Австралия, Канада, Чехия, Германия, Австралия, Новая Зеландия);
- «негативный» (Англия, Германия, Испания).

4. Объем компенсации:

- полный в пределах списка ЛС (Германия, Англия, Австралия);
- полный в пределах списка отечественных ЛС (Чехия);
- дифференцированный в зависимости от категории лекарств (Франция, Дания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Словения, Чехия);
- дифференцированный в зависимости от характера заболевания (Испания, Норвегия, Япония);
- фиксированный размер (доля) компенсации (Норвегия, Финляндия);
- полный для лиц с низкими доходами (Ирландия);
- частичный для лиц с высокими доходами (Ирландия);
- полный для лиц старше 65 лет (Испания);
- полный до установленного лимита для лиц старше 66 лет (Норвегия);
- полный при хронических заболеваниях и заболеваниях, угрожающих жизни (Швеция);
- частичный для нетрудоспособных и жителей старше 65 лет (Канада).

5. Механизм соплатежа:

- оплачивается сумма, превышающая референтную цену (Германия);
- оплачиваются ЛС вне списка ЛС (Англия);
- фиксированные сборы за рецепт (Австрия, Англия, Германия, Финляндия);
- дифференцированный соплатеж в зависимости от категории лекарств (Бельгия, Греция, Дания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Словения, Франция, Чехия);
- дифференцированный в зависимости от характера заболевания (Испания);
- дифференцированный соплатеж в зависимости от индивидуальных ежегодных расходов наличными (Дания);
- безусловная франшиза для лиц с высокими доходами (Ирландия);
- безусловная франшиза с дифференцированным соплатежом в зависимости от индивидуальных ежегодных расходов (Швеция).

Приложение 2.4. Описание концептуальных организационно-финансовых схем реализации предлагаемых моделей лекарственного страхования в России



Модель 1. Социальное лекарственное страхование, дополняющее систему ОМС

1. Федеральный бюджет осуществляет финансирование федеральных целевых программ предоставления лекарственного обеспечения больным тяжелыми хроническими заболеваниями (ВЗН). Средства направляются в региональные органы государственной власти Российской Федерации, организующие аукционы на поставку необходимых лекарственных средств, которые бесплатно отпускаются больным тяжелыми хроническими заболеваниями. Средства федерального бюджета на оплату лекарственных средств для других категорий федеральных льготников (ОНЛС) через региональные органы государственной власти РФ направляются в виде

страховых взносов на социальное лекарственное страхование (СЛС) этих контингентов в территориальные ФОМС (ТФОМС).

2. Страхователями по социальному лекарственному страхованию являются региональные / муниципальные органы власти применительно к неработающему населению, работодатели — применительно к работающему населению.

3. Страховые взносы на СЛС аккумулируются в ТФОМС, который является уполномоченным страхователем СЛС.

4. ТФОМС уплачивает страховщику страховые взносы по СЛС с учетом подушевого норматива и численности застрахованных.

5. Страховщик заключает с ТФОМС договор обязательного лекарственного страхования и выдает застрахованному страховой полис (страховую карточку).

6. Программа СЛС, включающая перечень лекарственных средств, доводится до провайдера амбулаторно-поликлинической помощи и до аптеки, с которыми заключаются договоры на оказание лекарственной помощи застрахованным по программе СЛС.

7. Провайдер амбулаторно-поликлинической помощи заключает с аптекой договор финансирования отпуска лекарственных средств, по которому обязуется от имени страховщика и за его счет оплачивать лекарственные средства, отпущенные застрахованным.

8. Страховщик в соответствии с договором на оказание лекарственной помощи по СЛС авансирует провайдера амбулаторно-поликлинической помощи с учетом тарифов на оплату лекарственной помощи в системе ОМС и численностью прикрепленных застрахованных.

9. При обращении застрахованного за медицинской помощью провайдер амбулаторно-поликлинической помощи выписывает застрахованному рецепт в соответствии с медицинскими показаниями и программой СЛС.

10. Застрахованный предъявляет в аптеке рецепт, страховой полис (страховую карточку) и оплачивает в аптеке часть стоимости лекарственных средств, или франшизу.

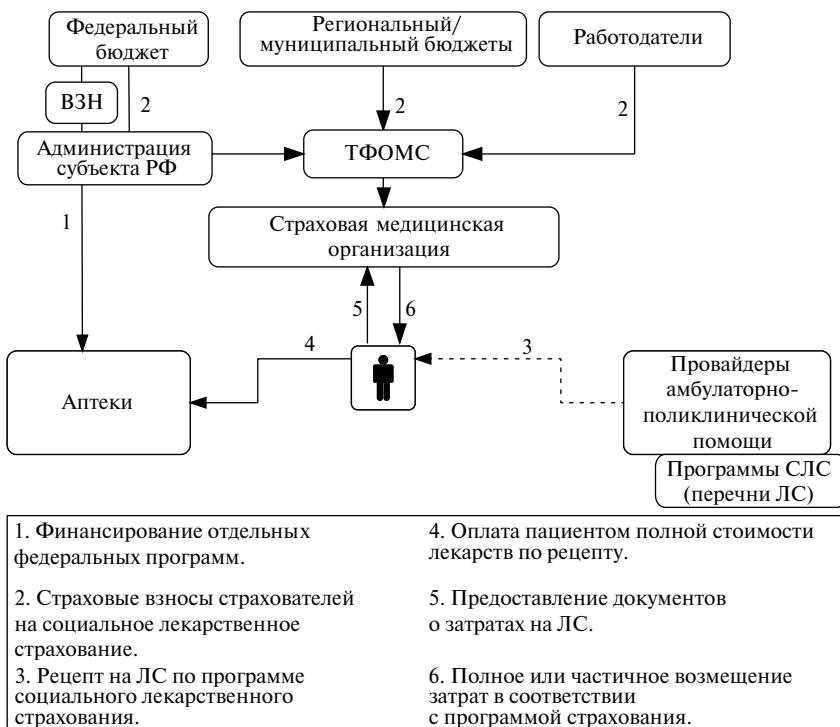
11. Аптека формирует в электронном виде реестр отпущенных лекарственных средств, который вместе со счетом направляет соответствующему провайдеру амбулаторно-поликлинической помощи.

12. Провайдер после проверки поступивших документов на соответствие отпущенных лекарственных средств утвержденному пе-

речню и по другим параметрам полностью или частично компенсирует затраты аптеки.

13. Страховщик проводит экспертизу лекарственной помощи, оказанной провайдером амбулаторно-поликлинической помощи, и в случае выявленных нарушений, связанных с некачественным оказанием лекарственной помощи, осуществляет финансовые санкции путем удержаний из платежей последующего периода.

14. Средства, сэкономленные провайдером амбулаторно-поликлинической помощи, при отсутствии претензий по качеству лекарственной помощи остаются в его распоряжении.



Модель 2. Социальное лекарственное страхование вне системы ОМС

1. Страхователями являются региональные / муниципальные органы власти в отношении льготных категорий граждан и неработающего населения, работодатели — в отношении работающего населения.

2. Страховые взносы на СЛС аккумулируются в ТФОМС, который является уполномоченным страхователем СЛС.

3. ТФОМС уплачивает страховщику страховые взносы на СЛС по дифференцированному подушевому нормативу с учетом численности застрахованных и программ социального лекарственного страхования.

4. Величина страхового взноса зависит от программы социального лекарственного страхования, включающей перечень лекарственных средств, определенных для различных групп граждан. Программы социального лекарственного страхования могут предусматривать различные перечни лекарственных средств и различные размеры франшизы.

5. Страховщик заключает с ТФОМС договор лекарственного страхования и выдает застрахованному страховой полис (страховую карточку).

6. Программа лекарственного страхования доводится до провайдера амбулаторно-поликлинической помощи, с которым заключается договор на оказание лекарственной помощи застрахованным по программам лекарственного страхования.

7. Провайдер амбулаторно-поликлинической помощи выписывает застрахованному рецепт в соответствии с медицинскими показаниями и программой лекарственного страхования.

8. Застрахованный оплачивает в аптеке полную стоимость лекарственных средств или предъявляет специальный купон именного ваучера, выдаваемого страховщиком при страховании.

9. Обслуженный рецепт (или его копию) с таксировкой и кассовый чек (копию купона) застрахованный направляет в страховую организацию.

10. Страховщик после проверки поступивших документов в соответствии с программой лекарственного страхования и условиями договора страхования полностью или частично компенсирует затраты застрахованного на оплату лекарственных средств.

Анализ недостатков и преимуществ предлагаемых вариантов моделей

Преимущества решений

Модель 1:

- наличие организационной схемы решения (страховые медицинские организации);
- наличие развитой системы экспертного контроля;

- возможность одновременного контроля госпитального и амбулаторного лекарственного обеспечения.

Модель 2:

- возможность использования реальных страховых принципов;
- возможность создания гибкой системы соплатежей населения;
- возможность выстраивания модели без одновременной модификации системы ОМС;
- меньшая, чем для модели 1, технологическая сложность реализации.

Недостатки решений

Модель 1:

- невозможность реализации реальных страховых принципов лекарственного обеспечения в рамках сложившейся системы ОМС;
- серьезное осложнение модернизации системы ОМС;
- необходимость включения возмещаемой стоимости лекарственных средств в состав дифференцированного тарифа на амбулаторно-поликлиническую помощь;
- необходимость включения лечебных учреждений в число плательщиков аптечным предприятиям;
- невозможность простого наложения системы лекарственного страхования на ОМС, так как система ОМС и сложившаяся система лекарственного обеспечения в ДЛО/ОНЛС не пересекаются в части субъектов и объектов страхования;
- эффективность работы страховщиков в системе ОМС будет оказывать влияние на эффективность новой модели лекарственного страхования;
- сложность одновременного администрирования разных по сути страховых рисков в системе ОМС и в социальном лекарственном страховании;
- необходимость включения возмещаемой стоимости лекарственных средств в состав дифференцированного тарифа на амбулаторно-поликлиническую помощь;

- необходимость включения лечебных учреждений в число плательщиков аптечным предприятиям;
- большая, чем для модели 2, технологическая сложность реализации.

Модель 2:

- значительные требования к финансовой устойчивости страховщиков;
- отсутствие реальной страховой статистики для расчета страховых тарифов;
- отсутствие эффективной системы регулирования ценообразования на фармрынке, делающая невозможным актуарные расчеты страховых резервов.

Общие проблемы для обеих моделей

- Необходимость формирования дифференцированных базовых программ ОМС для пациентов различных возрастных групп и тяжести течения заболевания.
- Необходимость введения дифференцированной системы обязательных соплатежей населения (франшизы) при получении лекарственных средств.
- Необходимость нормативной модификации существующей схемы лекарственного обеспечения.
- Негативные последствия неудачно реализованной модели ДЛО/ОНЛС.
- Необходимость наличия политической воли для реформирования сложившейся системы.

ПРИЛОЖЕНИЯ К РАЗДЕЛУ 4

Приложение 4.1. Иллюстративный материал к анализу зон неэффективности системы ОМС

Таблица 1
Фактическое финансирование Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в период 2001–2007 гг. (по распорядителю финансирования, млрд. рублей)

Распорядители финансирования	2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		
	абс. данные	% данные	абс. данные	% данные											
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1. Федеральные органы государственной власти в сфере охраны здоровья граждан	18,0	7,5	24,8	8,0	27,9	7,8	31,5	7,3	40,9	7,3	54,2	7,9	61,1 ¹	6,8	
2. Органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления в сфере охраны здоровья граждан	130,1	54,6	162,3	52,0	178,4	50,2	217,3	49,9	253,0	45,2	317,2	45,9	406,6	45,3	
3. Федеральный и территориальные ФОМС	90,3	37,9	123,9	40,0	149,3	42,0	186,4	42,8	253,8	45,4	309,7	44,8	417,4 ²	46,5	
4. Фонд социального страхования Российской Федерации	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11,8	2,1	9,6	1,4	12,2 ³	1,4
Итого	238,4	100,0	311,0	100,0	355,6	100,0	435,2	100,0	559,5	100,0	690,7	100,0	897,3	100,0	

Примечания: ¹ Расходы на медицинскую помощь в федеральных медицинских учреждениях РАМН, ФМБА, Федеральных агентствах Росздрава и Росмедтехнологии (46,7 млрд руб.), в том числе на высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь (15,2 млрд руб.), профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекций и гепатитов В и С (7,7 млрд руб.), денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи (6,7 млрд руб.).

² С учетом расходов на обеспечение отдельных категорий граждан жизненно необходимыми лекарственными средствами (66,9 млрд руб.), денежные выплаты участковым и другим врачам и медицинским сестрам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (15 млрд руб.), на ОМС неработающего населения (детей) (3,4 млрд руб.), дополнительную диспансеризацию работающих граждан (2,5 млрд руб.), оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой неработающим пенсионерам (0,6 млрд руб.), диспансеризацию находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот (0,2 млрд руб.), реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (2,1 млрд руб.).

³ Расходы на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению (8,7 млрд руб.), дополнительные медицинские осмотры граждан, работающих в отраслях с вредными и/или опасными производственными условиями (2,0 млрд руб.), дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказывающей работящим гражданам (1,5 млрд руб.).

Источник: Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. www.minzdravsoc.ru

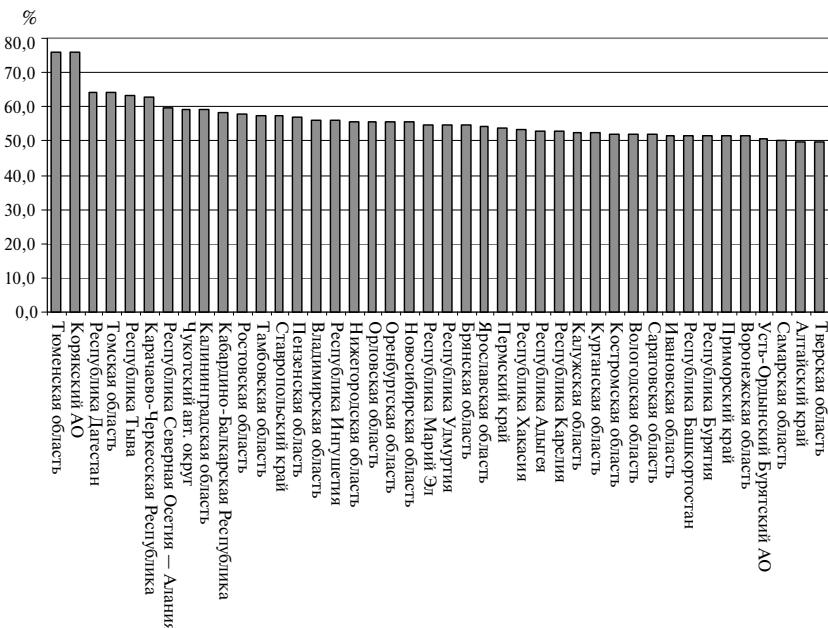
Таблица 2
Фактическое финансирование Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в период 2001–2007 гг. (по источникам финансирования, млрд руб.)

Источники финансирования	2001 г.			2002 г.			2003 г.			2004 г.			2005 г.			2006 г.			2007 г.		
	абс. данные	% данные																			
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14							
1. Федеральный бюджет	18,0	7,5	24,8	8,0	27,9	7,8	31,5	7,3	89,3	16,0	117,4	17,0	162,5 ¹⁾	18,1							
2. Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	130,1	54,6	162,3	52,0	178,4	50,2	217,3	49,9	253,0	45,2	317,2	45,9	406,6	45,3							
3. Средства системы ОМС	90,3	37,9	123,9	40,0	149,3	42,0	186,4	42,8	217,2	38,8	256,1	37,1	328,2	36,6							
Итого	238,4	100,0	311,0	100,0	355,6	100,0	435,2	100,0	559,5	100,0	690,7	100,0	897,3	100,0							

Примечание: ¹⁾ Расходы на обеспечение отдельных категорий граждан жизненно необходимыми лекарственными средствами (66,9 млрд руб.), оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению (8,7 млрд руб.), дополнительные медицинские осмотры граждан, работающих в отраслях с вредными и/или опасными производственными условиями (2,0 млрд руб.), денежные выплаты участковым и другим врачам и медицинским сестрам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (15 млрд руб.) на ОМС неработающего населения (детей) (3,4 млрд руб.), дополнительную дистанционизацию работающих граждан (2,5 млрд руб.), оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной неработающим пенсионерам (0,6 млрд руб.), диспансеризацию находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот (0,2 млрд руб.), реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (2,1 млрд руб.), а также на медицинскую помощь в федеральных медицинских организациях (46,7 млрд руб.), в том числе на высокотехнологичную специализированную медицинскую помощь (17,3 млрд руб.), профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекций и гепатитов В и С (7,7 млрд руб.), денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений СМП (6,7 млрд руб.).

Источник: Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. www.minsdravsoc.ru





Источник: Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. www.minzdravsoc.ru

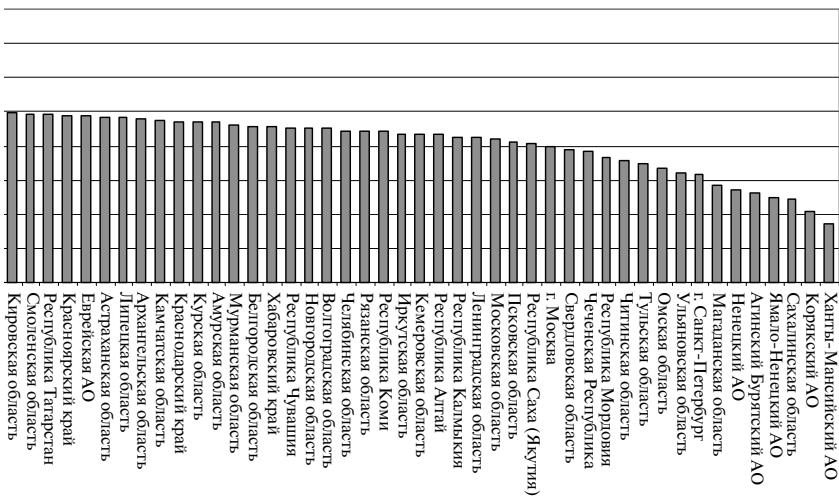


Рис. 2. Доля средств ОМС в финансировании реализации Программы государственных гарантий в субъектах РФ, 2007 г.

Таблица 3

Дефицит финансирования территориальных программ ОМС в субъектах Российской Федерации в 2007 г.

№	Субъект Российской Федерации	Потребность (Установленный полуценевой норматив* – 1936,3 руб. × Численность застрахованных × Районный коэффициент) (тыс. руб.)		Фактические расходы на территориальные программы ОМС (тыс. руб.)	Дефицит (пр.1 – пр.2) (тыс. руб.)	% дефицита
		1	2			
1	Белгородская область	2 815 961,1	2 700 118,4	115 842,7	4,1	
2	Брянская область	2 553 979,7	2 458 537,6	95 442,1	3,7	
3	Воронежская область	4 490 667,0	4 078 503,4	412 163,6	9,2	
4	Ивановская область	1 888 279,8	1 778 608,5	109 671,3	5,8	
5	Костромская область	1 347 277,5	1 257 977,6	89 299,9	6,6	
6	Курская область	2 304 390,6	1 773 649,8	530 740,8	23,0	
7	Орловская область	1 527 353,4	1 377 982,9	149 370,5	9,8	
8	Рязанская область	2 249 012,5	1 750 032,9	498 979,6	22,2	
9	Смоленская область	1 959 148,3	1 506 849,0	452 299,3	23,1	
10	Тамбовская область	2 022 271,7	1 796 879,1	225 392,6	11,2	
11	Тверская область	2 427 152,1	2 412 439,9	14 712,3	0,6	
12	Тульская область	3 208 449,1	2 238 431,5	970 017,6	30,2	
13	Республика Карелия	2 386 558,5	2 174 860,4	211 698,3	8,9	
14	Республика Коми	3 415 630,5	3 053 732,2	361 898,3	10,6	
15	Архангельская область	3 917 664,9	3 210 292,9	707 372,0	18,1	
16	Мурманская область	3 381 992,7	3 158 368,1	223 624,6	6,6	
17	Новгородская область	1 333 336,2	1 209 799,8	123 536,4	9,3	
18	Псковская область	1 295 772,0	1 114 023,2	181 748,8	14,0	
19	Республика Дагестан	5 205 816,1	3 368 084,2	1 837 731,9	35,3	
20	Республика Ингушетия	904 252,1	475 692,0	428 560,1	47,4	

Продолжение табл. 3

№	Субъект Российской Федерации	Потребность (Установленный получешевой норматив* – 1936,3 руб. × Численность застрахованных × Районный коэффициент) (тыс. руб.)	Фактические расходы на территориальные программы ОМС (тыс. руб.)		Дефицит (гр.1 – гр.2) (тыс. руб.)	% дефицита
			1	2	3	4
21	Кабардино-Балкарская Республика	1 664 099,4	1 370 196,5		293 902,9	17,7
22	Республика Карелия	596 275,8	440 895,6		155 380,2	26,1
23	Республика Северная Осетия — Алания	1 369 535,1	1 230 543,1		138 992,0	10,2
24	Чеченская Республика	2 186 082,7	1 141 893,1		1 044 189,6	47,8
25	Ставропольский край	4 895 883,4	4 285 322,3		610 561,1	12,5
26	Волгоградская область	4 809 769,2	4 285 236,1		524 533,1	10,9
27	Республика Башкортостан	8 390 503,0	8 187 349,3		203 153,7	2,4
28	Республика Мордовия	1 581 182,6	1 223 291,4		357 891,2	22,6
29	Республика Татарстан	7 709 765,7	7 167 110,7		542 655,0	7,0
30	Чувашская Республика	2 440 318,9	1 983 923,0		456 395,9	18,7
31	Кировская область	3 009 648,6	2 425 840,5		583 808,1	19,4
32	Пензенская область	2 479 044,9	2 315 852,0		163 192,9	6,6
33	Саратовская область	5 132 062,1	4 118 686,2		1 013 375,9	19,8
34	Ульяновская область	2 548 751,7	1 727 901,1		820 850,6	32,2
35	Курганская область	2 118 747,9	1 650 408,8		468 339,1	22,1
36	Челябинская область	8 131 256,4	6 375 076,8		1 756 179,6	21,6
37	Ханты-Мансийский АО	5 923 141,7	4 460 558,0		1 462 583,7	24,7
38	Ямало-Ненецкий АО	2 659 624,2	2 117 679,0		541 945,2	20,4
39	Республика Алтай	590 283,0	499 912,1		90 370,9	15,3
40	Республика Бурятия	2 858 201,2	2 576 296,2		281 905,0	9,9
41	Республика Хакасия	1 641 672,6	1 189 145,5		452 527,1	27,6

Окончание табл. 3

№	Субъект Российской Федерации	Потребность (Установленный подушевой норматив* – 1936,3 руб. × Численность застрахованных×Районный коэффициент) (тыс. руб.)	Фактические расходы на территориальные программы ОМС (тыс. руб.)	Дифференция (пр.1 – пр.2) (тыс. руб.)		% дефицита
				1	2	
42	Алтайский край	5 673 152,6	4 363 124,2	1 310 028,4	23,1	
43	Красноярский край	9 370 479,6	8 584 967,0	785 512,6	8,4	
44	Иркутская область	7 223 726,7	5 469 792,9	1 753 933,8	24,3	
45	Кемеровская область	6 473 457,5	5 728 459,2	744 998,3	11,5	
46	Новосибирская область	6 228 534,9	6 059 883,7	168 651,2	2,7	
47	Омская область	4 605 131,3	3 546 891,6	1 058 239,7	23,0	
48	Томская область	3 089 252,1	2 970 209,7	119 042,4	3,9	
49	Читинская область	3 050 307,6	2 097 167,1	953 140,5	31,3	
50	Агинский Бурятский АО	202 149,7	116 710,0	85 439,7	42,3	
51	Усть-Ордынский Бурятский АО	380 599,7	311 237,0	69 362,7	18,2	
52	Приморский край	5 127 739,1	4 351 255,2	776 483,9	15,1	
53	Хабаровский край	4 386 044,8	3 937 417,6	448 627,2	10,2	
54	Амурская область	2 586 066,3	2 197 416,8	388 649,5	15,0	
55	Магаданская область	823 274,5	675 707,9	147 566,6	17,9	
56	Сахалинская область	2 075 732,6	1 391 913,1	683 819,5	32,9	
57	Еврейская АО	484 206,7	457 653,9	26 552,8	5,5	

Источник: Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. www.minsdravsoc.ru

*Подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС, утвержденный Правительством РФ.

Таблица 4

Дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в 2008 г.

№	Субъект Российской Федерации	Потребность (Установленный подушевой норматив* – 4503,1 руб. × Численность населения × Районный коэффициент; млн руб.)	Фактические расходы на территориальные программы (млн руб.)	Дефицит (пр.1 – пр.2)		% дефицита
				1	2	
1	Брянская область	5 892,2	5 154,2	-738,0	-12,5	
2	Владимирская область	6 527,1	6 182,3	-344,8	-5,3	
3	Воронежская область	10 268,9	9 758,5	-510,4	-5,0	
4	Ивановская область	4 861,6	4 174,4	-687,2	-14,1	
5	Костромская область	3 138,9	2 848,2	-290,7	-9,3	
6	Курская область	5 234,7	4 604,9	-629,8	-12,0	
7	Орловская область	3 701,3	3 022,4	-678,9	-18,3	
8	Рязанская область	5 244,0	4 623,2	-620,8	-11,8	
9	Смоленская область	4 427,6	3 994,1	-433,5	-9,8	
10	Тамбовская область	4 980,6	3 857,3	-1 123,3	-22,6	
11	Тверская область	6 212,2	5 884,3	-327,9	-5,3	
12	Республика Карелия	5 467,5	5 008,2	-459,3	-8,4	
13	Республика Коми	8 204,2	7 983,1	-221,1	-2,7	
14	Архангельская область	10 067,7	8 063,3	-2 004,4	-19,9	
15	Калининградская область	4 221,2	3 352,7	-868,5	-20,6	
16	Мурманская область	8 439,2	8 233,4	-205,8	-2,4	
17	Республика Адыгея	1 986,7	1 757,5	-229,2	-11,5	
18	Республика Дагестан	12 317,8	8 355,9	-3 961,9	-32,2	
19	Республика Ингушетия	2 249,3	978,6	-1 270,7	-56,5	

Продолжение табл. 4

№	Субъект Российской Федерации	Потребность (Установленный подушевой норматив* – 4503,1 руб. × Численность населения × Районный коэффициент; млн руб.)	Фактические расходы на территориальные программы (млн руб.)	Дефицит (пр.1 – пр.2) (млн руб.)		% дефицита
				1	2	
20	Кабардино-Балкарская Республика	4 106,1	2 793,1	-1 313,0	-32,0	
21	Республика Калмыкия	1 375,2	1 166,7	-208,5	-15,2	
22	Карачаево-Черкесская Республика	1 924,7	1 712,8	-211,9	-11,0	
23	Республика Северная Осетия — Алания	3 248,0	2 511,8	-736,2	-22,7	
24	Чеченская Республика	5 444,4	4 188,8	-1 255,6	-23,1	
25	Ставропольский край	12 232,3	9 195,8	-3 036,5	-24,8	
26	Астраханская область	4 580,5	4 429,2	-151,3	-3,3	
27	Ростовская область	19 229,0	18 843,0	-386,0	-2,0	
28	Республика Башкортостан	21 089,5	18 582,3	-2 507,2	-11,9	
29	Республика Марий Эл	3 166,7	2 668,3	-498,4	-15,7	
30	Республика Татарстан	16 944,3	16 457,6	-486,7	-2,9	
31	Чувашская Республика	5 775,5	5 320,3	-455,2	-7,9	
32	Кировская область	6 927,3	5 876,6	-1 050,7	-15,2	
33	Нижегородская область	15 324,8	15 196,1	-128,7	-0,8	
34	Пензенская область	6 388,5	5 189,8	-1 198,7	-18,8	
35	Саратовская область	11 646,8	11 304,3	-342,5	-2,9	
36	Курганская область	4 973,5	3 721,9	-1 251,6	-25,2	
37	Республика Алтай	1 431,2	1 312,1	-119,1	-8,3	

Окончание табл. 4

№	Субъект Российской Федерации	Потребность (Установленный подушевой норматив* – 4503,1 руб. × Численность населения × Районный коэффициент; млн руб.)	Фактические расходы на территориальные программы (млн руб.)	Дефицит (пр.1 – пр.2) (млн руб.)		% дефицита
				1	2	
38	Республика Бурятия	6 616,0	5 800,5	-815,5	-12,3	
39	Республика Тыва	2 698,0	2 321,2	-376,8	-14,0	
40	Республика Хакасия	3 870,7	2 860,4	-1 010,3	-26,1	
41	Алтайский край	13 679,4	11 122,7	-2 556,7	-18,7	
42	Красноярский край	21 400,1	21 390,5	-9,6	0,0	
43	Иркутская область	17 846,4	17 354,9	-491,5	-2,8	
44	Новосибирская область	14 242,3	13 751,2	-491,1	-3,4	
45	Томская область	7 338,2	5 563,3	-1 774,9	-24,2	
46	Агинский Бурятский АО	515,9	497,6	-18,3	-3,6	
47	Приморский край	13 766,9	10 103,4	-3 663,5	-26,6	
48	Хабаровский край	10 367,8	10 215,3	-152,5	-1,5	
49	Амурская область	6 255,0	5 949,3	-305,7	-4,9	
50	Еврейская АО	1 303,1	1 066,9	-236,2	-18,1	

Источник: Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2008 году. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, www.minsdravsoc.ru

* Подушевой норматив финансирования программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, утвержденный Правительством РФ.



Источник: Финансы России, 2008. Статистический сборник. Росстат; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2008 году. ФФОМС.

Рис. 3. Поступления налоговых платежей на ОМС работающего и страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2005–2007 гг.

Таблица 5

Поступления налоговых платежей на ОМС работающего и страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2005–2007 гг.

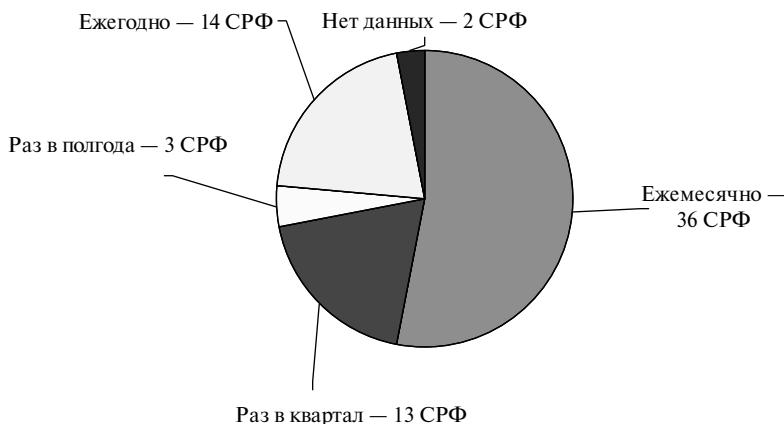
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Налоговые поступления (млн руб.)	86 880	104 767	132 068	162 415
Страховые взносы на ОМС неработающего населения (млн руб.)	89 943	112 605	141 541	179 571
Застраховано по ОМС работающих граждан (млн человек)			57,5	58,7
Застраховано по ОМС неработающих граждан (млн человек)			81,6	81,1

Источник: Финансы России, 2008. Статистический сборник. Росстат; Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2008 году. ФФОМС.

Таблица 6
Объемы медицинской помощи, утвержденные в Программе государственных гарантий и фактически выполненные, 2007–2008 гг.

	2007 г.		2008 г.			
	утв.	факт	отклонение (%)	утв.	факт	отклонение (%)
Объем медицинской помощи, предоставленной в больничных учреждениях (коикодней на 1 чел.)	1,942	2,129	9,6	1,942	2,090	7,7
Объем медицинской помощи, предоставленной в амбулаторно-поликлинических учреждениях (посещений на 1 чел.)	8,458	7,360	-13,0	8,458	7,568	-10,5
Объем медицинской помощи, предоставленной в условиях дневных стационаров (пациентодней на 1 чел.)	0,479	0,399	-16,7	0,479	0,411	-14,2

Источник: Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2008 году. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. М., 2009



СРФ – субъекты Российской Федерации.

Источник: База данных «Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России» (НИСП). <http://zdrav.socpol.ru/>

Рис. 4. Частота пересмотра нормативов финансирования страховых медицинских организаций

Таблица 7

**Частота применения оценочных показателей
(по данным 128 конкурсов, проведенных в 2008–2009 гг.)**

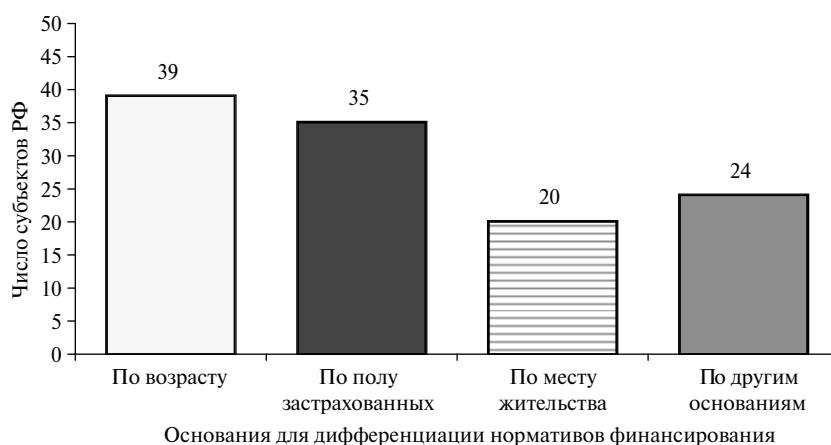
Показатель	Частота применения / характеристика показателя
Юридическая помощь — судебная защита	12 раз
Возможность оказания застрахованным гражданам бесплатной юридической помощи в судебных разбирательствах	да/нет
Возможность осуществления защиты прав застрахованных граждан в досудебном и судебном порядке	да/нет
Кол-во случаев судебной защиты на 100 тыс. человек	указано конкретное значение
Наличие практики судебной защиты прав застрахованных	да/нет
Наличие специалистов по ЗПЗ с юридическим образованием	да/нет
Наличие юридической службы	да/нет
Наличие юридической службы для защиты прав	да/нет
Оказание бесплатной юридической помощи	да/нет
Очная юридическая помощь	да/нет

Продолжение табл. 7

Показатель	Частота применения / характеристика показателя
Судебная защита застрахованных	да/нет
Юридическая помощь застрахованным	да/нет
Оказание бесплатной юридической помощи застрахованным, в том числе представительство в судебных органах	да/нет
Удовлетворенность застрахованных КМП	5 раз
Изучение удовлетворенности застрахованных качеством и организацией мед. услуг	да/нет
Проведение работы участником конкурса по изучению удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи в системе ОМС в первом полугодии 2008 г.	
Проведение социологической экспертизы	да/нет
Доля лиц, гарантированных для участия в социологических опросах, в общем количестве застрахованных в течение первого полугодия 2010 г., по данным формы ПГ	
Доля лиц, участвовавших в социологических опросах, от общего количества застрахованных по итогам 2008 и первого полугодия 2009 г., по данным формы ПГ	
Объемы экспертной работы	118 раз
В качестве обещаний можно рассматривать такие критерии, как открытие представительств во всех муниципальных образованиях, сроки выдачи полисов, сроки реагирования на жалобы застрахованных	(в том числе 42 раза (36%), когда речь идет о планируемых объемах, а не используются отчетные показатели работы СМО)
Качество услуг	15 раз
Перечень предоставляемых услуг по ОМС неработающих граждан	экспертная оценка
Качество и квалификация	экспертная оценка
Качество услуг	экспертная оценка
Качество услуг и квалификация участников	экспертная оценка
Качество услуги	экспертная оценка
Обеспечение улучшения качества предоставляемых услуг, являющихся предметом настоящего конкурса	экспертная оценка
Организационная структура СМО, способная обеспечить качество предоставления услуг по ОМС	экспертная оценка

Окончание табл. 7

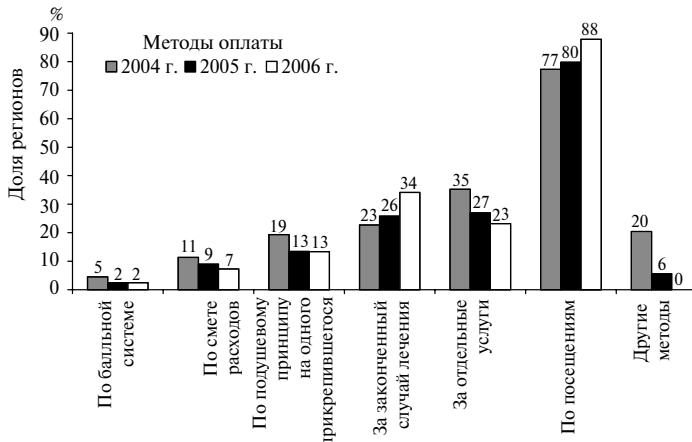
Показатель	Частота применения / характеристика показателя
Осуществление контроля качества и объемов медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам медицинскими учреждениями	экспертная оценка
Предложения участника об условиях исполнения государственного контракта в соответствии с техническим заданием конкурса	экспертная оценка
Функциональные характеристики и качество услуг	экспертная оценка
Дополнительные предложения	экспертная оценка
Качество оказания услуг	экспертная оценка
Наличие сертифицированных методик контроля качества и объема медицинской помощи, предоставляемой застрахованным гражданам лечебно-профилактическими учреждениями	экспертная оценка
Срок и объем предоставления гарантии качества услуг	экспертная оценка



Источник: База данных «Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России» (НИСП). <http://zdrav.socpol.ru/>

Рис. 5. Дифференциация нормативов финансирования страховых медицинских организаций из территориального ФОМС в 2004 г.¹

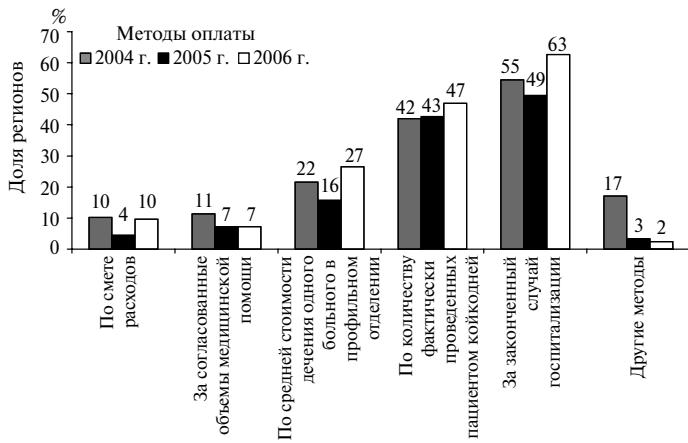
¹ Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям.



Примечания. В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты. 2004 г. — данные из 88 субъектов РФ, 2005 г. — данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. — данные из 82 субъектов РФ.

Источник: База данных «Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России» (НИСП). <http://zdrav.socpol.ru/>

Рис. 6. Распространенность методов оплаты амбулаторной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2004–2006 гг. (%)



Примечания. В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты. 2004 г. — данные из 88 субъектов РФ, 2005 г. — данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. — данные из 82 субъектов РФ.

Источник: База данных «Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России» (НИСП). <http://zdrav.socpol.ru/>

Рис. 7. Распространенность методов оплаты стационарной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2004–2006 гг. (%)

Приложение 4.2. Рекомендуемые методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи

Гонорарные методы оплаты с присущим им акцентом на фрагментарный эпизод лечения (посещение или детальную услугу) не способствуют решению поставленной задачи повышения ответственности за здоровье постоянно обслуживаемого населения. Они создают стимулы к увеличению числа больных людей и не ориентируют в должной мере на предотвращение заболеваний. Кроме того, гонорарные методы носят затратный характер, что противоречит целям обеспечения ресурсосбережения и предсказуемости затрат. Сфера их использования может быть ограничена детальными услугами, потребность в которых особенно велика и которые требуют сильных стимулов для наращивания.

Использование гонорарных методов *можно сохранить только для оплаты услуг узких специалистов*. При этом целесообразно сделать акцент не на посещение, а на оплату нормированного числа посещений, а еще лучше – на оплату посещений, рассчитанных по нормативному набору амбулаторных услуг по диагнозам. Но и в этом случае необходимо сохранить действующий ограничитель затрат на специализированную помощь в амбулаторных условиях – платить на основе балльной системы. Правда, результатом использования балльного метода может быть перепотребление медицинских услуг, но это не ведет к перепотреблению финансовых средств. Каждый врач может «накручивать» число оказываемых услуг, «перетягивая» общую выручку на себя, но все вместе они ничего от этого не выигрывают.

В то же время следует заметить, что раздельная оплата участковой службы и узких специалистов довольно сложна. Во-первых, этот подход предполагает отдельный учет деятельности разных подразделений поликлиник, к чему большинство регионов не готовы. Во-вторых, при использовании подушевого норматива на собственную деятельность участковой службы это может привести к тому, что данная служба будет заинтересована в расширении необоснованных направлений к узким специалистам, т.е. врачи первичного звена будут ограничивать объем собственной деятельности по лечению пациентов. Поэтому раздельное финансирование различных служб целесообразно вводить только при условии, если участковая служба будет финансироваться по подушевому нормативу на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу; иными словами, участковая служба будет фондодержателем не только

на внешние услуги, но и на услуги, оказываемые узкими специалистами в составе АПУ. Только в этом случае можно рассчитывать на расширение объема работ участковой службы. В-третьих, для реализации этой схемы оплаты потребуется большой объем работы по учету потоков пациентов в составе АПУ. Это вряд ли под силу большинству учреждений. Реально это могут сделать только страховщики. Поэтому нужно отдавать себе отчет в том, что раздельное финансирование разных служб потребует увеличения нагрузки на страховщиков.

При всей сложности реализации данный подход может быть рекомендован для регионов, которые имеют либо опыт внутриучрежденческих расчетов в рамках АПУ, либо сильных и мотивированных страховщиков.

В большинстве же регионов объектом оплаты в ближайшие годы будет деятельность АПУ в целом. Доминирующим методом, на наш взгляд, должен стать подушевой подход в различных вариантах. Он сильнее нацеливает на выполнение координирующей функции первичного звена, стимулирует повышение ответственности за состояние здоровья обслуживаемого населения, обеспечивает комплексность лечебно-профилактической работы, сдерживает действие затратного механизма. При таком подходе врачи заинтересованы в снижении числа больных и расширении профилактической работы.

Учитывая слабую мотивацию на увеличение объема лечебных услуг при распространение подушевого метода на собственную деятельность АПУ, целесообразно ввести дополнительные механизмы стимулирования. Первый такой механизм — *использование поощрительных систем оплаты (оплаты за результат)*. Поступления поликлиники, рассчитанные по подушевому нормативу (он должен отражать структуру обслуживаемого населения), дополняются стимулирующими доплатами за достижение установленных показателей: а) текущей деятельности, б) конечных результатов в годовом исчислении, в) вклада в реструктуризацию здравоохранения (например, показатели уровня госпитализации обслуживаемого населения, частоты вызовов скорой медицинской помощи, частоты направлений к узким специалистам). Эти стимулирующие доплаты определяются на основе формальной модели оценки конечных результатов. Ее разработка требует точной «настройки» порядка и размера поощрений — в зависимости от приоритетных задач.

Второй механизм стимулирования — *использование системы «поликлиника — фондодержатель»*. Поликлиника получает средства

не только на собственную деятельность, но и на услуги других учреждений. При этом возможны разные варианты фондодержания:

1. *Реальное фондодержание* — подушевое финансирование поликлиники на медицинскую помощь (всю или часть) и формирование ее остаточного дохода после взаиморасчетов с другими медицинскими организациями.

2. *Условное фондодержание* — подушевое финансирование поликлиники на собственную деятельность или на комплексные амбулаторно-поликлинические услуги в сочетании с нормированием объема стационарной помощи для обслуживаемого населения и поощрением за достижение установленных нормативов. Поликлиника получает поощрение при достижении нормируемого показателя объема стационарной помощи.

Главное различие этих вариантов заключается в уровне финансовых рисков, возлагаемых на поликлинику. В случае реального фондодержания поликлиника может не только выиграть, но и проиграть. В случае условного фондодержания она может только выиграть (по сравнению с обычным подушевым финансированием на собственную деятельность). Второй вариант проще для реализации, но не создает сильных стимулов к снижению объемов стационарной помощи, как первый. Оба варианта требуют тщательной отработки, чтобы преодолеть риск необоснованного сокращения направлений на госпитализацию.

Нам представляется, что в большинстве регионов в качестве первого шага преобразования действующих ретроспективных методов оплаты целесообразно использовать подушевой норматив на собственную деятельность АПУ, дополненный стимулированием поликлиник за результаты лечебно-профилактической работы. По-степенно можно использовать различные методы фондодержания.

Вполне допустим вариант сосуществования двух подходов, но они должны быть разведены по отдельным муниципальным образованиям субъекта РФ. Важно не допускать сосуществования этих подходов в пределах одной территории, как это делалось в рамках федерального пилотного проекта в 2007–2008 гг. Если, например, фондодержание будет использоваться только в одной-двух экспериментальных поликлиниках на территории, то это не приведет к оптимизации объемов стационарной помощи в территориальной сети медицинских учреждений: более высокие требования к обоснованности госпитализации со стороны поликлиники-фондодержателя могут компенсироваться для стационара ослаблением этих требований в отношениях с другими поликлиниками.

Чтобы добиться формирования новой экономической мотивации, необходимо взаимодействие стандартов с большим числом поликлиник-фондодержателей.

В регионах, выбравших систему фондодержания, важно определить ее конкретный вариант.

Ниже следуют детальные рекомендации по конкретным элементам оплаты амбулаторно-поликлинической помощи.

Оплата по подушевому нормативу на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу

При разработке территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи и заданий ЛПУ целесообразно нормировать структуру общих расходов на медицинскую помощь по видам этой помощи. Это первый шаг для расчета объема средств на амбулаторно-поликлиническую помощь и определения подушевого норматива ее финансирования. Далее необходимо установить структуру этого норматива с выделением доли финансирования отдельных видов амбулаторно-поликлинической помощи: общая поликлиническая, стоматологическая, травматологическая, услуги женских консультаций.

Подушевой норматив финансирования на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу предусматривает оплату собственной деятельности поликлиники, а также внешних консультаций и обследований, оказанных застрахованным. Этот норматив должен учитывать половозрастную структуру потребления медицинской помощи. В ряде регионов скорее всего понадобится учет различий для городского и сельского населения, а также учет фактора территориальной удаленности. Но это следующий этап отработки метода.

При использовании подушевого норматива важно не потерять информацию об объемах помощи. Более того, задания по посещениям следует учитывать при определении общей суммы финансирования поликлиники. Возможен подход, используемый в Кемеровской области, — редуцирование поступлений амбулаторно-политического учреждения (АПУ) в случае невыполнения заданий по посещениям. Устанавливается коридор риска, или допустимое отклонение посещений от плана. Если нижняя граница коридора риска составляет 10 %, то при выполнении плана посещений выше 90 % плановая сумма, получаемая АПУ по подушевому нормативу, не снижается. Если же процент выполнения задания ниже коридора риска, то плановая сумма сокращается пропорционально проценту выполнения плана.

При количестве посещений в коридоре риска или больше плана оплата производится в размере подушевого норматива. Дополнительные средства могут быть получены только по системе поощрения за достигнутые результаты, прежде всего за сокращение объемов стационарной помощи, оказываемой прикрепленному населению.

Кроме того, возможно текущее перераспределение заданий АПУ. Муниципальное образование в целом не может выйти за рамки подушевого финансирования, но допускается поквартальная корректировка заданий для отдельных АПУ.

Конкретные условия учета посещений зависят от ситуации в субъектах РФ. Для регионов с низкими объемами амбулаторной помощи разумно устанавливать более низкие допустимые отклонения от задания: плановая сумма для АПУ не снижается и при 95 % выполнения плана. Если потребность в наращивании посещений высока, то можно допускать оплату и сверхплановых объемов — в пределах установленного верхней границы коридора риска, например, при выполнении плана на 105 %. И наоборот, в регионах с высоким числом посещений на одного жителя (10–13 посещений) система оплаты должна быть более жесткой.

Можно предположить, что на каком-то этапе необходимость увязки поступлений АПУ с количеством посещений отпадет, как это давно произошло в европейских странах, использующих подушевое финансирование. Но для этого нужен определенный этап осознания первичным звеном своего экономического интереса — понимания того, что снижение объемов медицинской помощи в настоящем неизбежно приведет к повышению потребности населения в ней в будущем.

Предлагаемый подход существенно отличается от предложений о переходе на подушевой норматив через 4–5 лет и о сохранении в этот период оплаты за посещение. Речь идет о переходе на подушевое финансирование уже сейчас, но с использованием учета посещений для нейтрализации оппортунистического поведения врачей. В некоторых регионах страны необходимость в таком сочетании отсутствует уже сейчас и можно более решительно переходить на подушевой метод оплаты.

Оплата межтерриториальных потоков амбулаторно-поликлинических услуг

Необходимо установить условия получения бесплатной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях не по месту прикрепления. Если используется норматив на ком-

плексную амбулаторно-поликлиническую услугу, то за такие услуги платит поликлиника прикрепления.

Страховщик определяет финансирование по подушевому нормативу для лиц, прикрепившихся к поликлинике на одной территории, но застрахованных на другой территории. В случаях, когда территория страхования не совпадает с территорией прикрепления, расчет с поликлиническим учреждением за оказанные медицинские услуги осуществляется по установленным тарифам. В качестве первого шага в качестве расчетной единицы целесообразно использовать посещение, но постепенно переходить на оплату случая амбулаторной помощи. Поликлиника, оказывающая услуги гражданам, проживающим на других территориях, должна возмещать свои затраты. Если этого не будет (что весьма вероятно при использовании в качестве расчетной единицы простого посещения), стимулы к предоставлению услуг будут снижаться.

Для расчетов между поликлиниками разных территорий используются тарифы, утвержденные региональной согласительной комиссией. Территориальными согласительными комиссиями утверждаются тарифы для взаиморасчетов между поликлиниками на определенной территории.

Реализация системы фондодержания

Прежде чем переходить к реализации системы фондодержания, следует определиться с выбором следующих ее параметров.

Принцип организации фондодержания. Реальное фондодержание имеет преимущество перед условным, поскольку наличие финансового риска стимулирует внедрение эффективных методов организации труда, освоение прогрессивных медицинских технологий, активизирует творческий потенциал персонала. Однако оно требует значительных усилий по повышению уровня квалификации врачей первичного звена и управленческой культуры менеджеров здравоохранения, по разработке нормативной базы, массовому обучению персонала, формированию единого медико-экономического информационного пространства. В этом отношении система условного фондодержания несколько проще. Она может быть использована как переходный этап к реальному фондодержанию, т.е. может выполнять тренинговую функцию.

Уровень фондодержания. Преимуществом неполного фондодержания (оплата за комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу) является его относительная простота, меньшие объемы администрирования системы. Однако в этом случае трудно ожидать

существенных сдвигов в мотивации АПУ. Резервы, которые можно извлечь из сектора специализированной амбулаторно-поликлинической помощи, весьма невелики. Их мобилизация не позволяет реализовать эффективное стимулирование первичного звена, а соответственно, достичь основных целей, ради которых и вводится фондодержание, — усиления профилактической направленности и повышения структурной эффективности системы медицинской помощи. Поэтому этап неполного фондодержания, на наш взгляд, не должен быть слишком длительным. Можно рекомендовать включение в подушевой норматив небольшой доли расходов на стационарную помощь (10–30 %) либо с самого начала, либо на второй год реализации этой системы.

Масштабы реализации новой системы. Постепенное (с использованием pilotных организаций) распространение системы фондодержания, на первый взгляд, упрощает задачу, позволяет провести отработку отдельных организационных проблем без вовлечения в этот болезненный процесс широкого круга участников. Вместе с тем такой путь создает и целый ряд серьезных проблем, связанных с одновременным функционированием медицинских организаций, использующих разнородные организационные технологии (сложившиеся и основанные на принципе фондодержания). Прежде всего это необходимость введения двух параллельных систем учета, отчетности и анализа во всех медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам pilotных поликлиник. Немалые сложности возникают и при организации оплаты медицинских услуг, а также организации информационных потоков. Соответственно возрастают затраты на администрирование системы.

Глубина фондодержания. Наибольшие результаты дает система, в которой новая экономическая мотивация носит сквозной характер, достигая каждого работника. Но сделать все сразу сложно. Поэтому скорее всего следует начинать с системы «поликлиника — фондодержатель», не откладывая надолго формирование внутриучрежденческих отношений. Первый шаг в этом направлении — сбор информации о внешних потоках услуг в разрезе отдельных участков и отделений, сравнение этих внешних потоков и выявление причин существенных отклонений от средней величины.

Разделение финансовых рисков в системе фондодержания. При всех его вариантах необходимо сохранить прямое финансирование страховщиками части внешних потоков услуг. Финансовые риски поликлиник-фондодержателей не должны быть чрезмерны-

ми, что предполагает установление уровня их финансовой ответственности за оплату объемов стационарной помощи.

Использование компенсаторных механизмов. При всех вариантах фондодержания важно нейтрализовать мотивацию поликлиник к сдерживанию обоснованных направлений пациентов и обеспечению на этой основе экономии. В ряду главных из таких механизмов:

- штрафные санкции в случае направления больного в стационар в запущенном состоянии при сокращении объема необходимых исследований и т.п.;
- использование модели конечных результатов (МКР) для оценки деятельности и установление связи этой оценки с размерами вознаграждения;
- оценка качества лечения на основе медико-экономических стандартов, финансовые санкции за их нарушение;
- свободный выбор пациентами врачей первичного звена.

Важно учитывать, что МКР для системы фондодержания должна быть иной по сравнению с моделью для АПУ, действующих вне этой системы. В первую не нужно включать показатели уровня госпитализации и другие характеристики структурной эффективности, поскольку фондодержатели имеют стимулы к оптимизации структуры оказания помощи без отдельного поощрения. Напротив, для них большее значение имеют показатели, прямо или косвенно отражающие возможные негативные последствия искусственного сдерживания направлений пациентов. Например, уместны показатели смертности на дому, повторных госпитализаций, а также показатели смертности от управляемых заболеваний.

Оплата стационарзамещающих видов медицинской помощи

При построении системы оплаты стационарзамещающих видов помощи (прежде всего услуг дневных стационаров) необходимо учитывать общую стратегию на расширение объемов соответствующих услуг. Эту деятельность необходимо поощрять. С другой стороны, важно обеспечить реальное замещение объемов в круглосуточных стационарах. Если этого не сделать, велика вероятность того, что часть обычных случаев амбулаторного лечения будет переводиться в разряд дневных стационаров для получения поликлиниками дополнительного дохода, как это происходит во многих регионах страны.

Чтобы обеспечить более интенсивное замещение круглосуточной стационарной помощи, целесообразно *планировать по кажд-*

дому крупному амбулаторно-поликлиническому учреждению объемы стационарной помощи для обслуживаемого населения. Оплата дневных стационаров осуществляется в полном объеме только в случае, когда фактические объемы стационарной помощи оказываются на уровне или ниже плановых объемов круглосуточной стационарной помощи. В противном случае размер оплаты стационар-замещающих технологий снижается на основе использования редуцированных тарифов. При этом порядок редуцирования может быть примерно такой же, какой используется при оплате круглосуточной стационарной помощи, т.е. фактическое значение объема пациентодней в дневных стационарах поликлиники сокращается на коэффициент, отражающий степень достижения плановых объемов круглосуточной стационарной помощи для населения, обслуживаемого поликлиникой. Чем выше степень приближения к этим объемам, тем выше тариф на услуги дневных стационаров.

Видоизмененный вариант — оплата услуг дневных стационаров в рамках модели конечных результатов для поощрения поликлиник. Каждая поликлиника получает норматив соотношения пациентодней в дневных стационарах и койкодней в круглосуточных стационарах. Если исходить из опыта нескольких передовых регионов страны, то нормативное значение этого соотношения может составлять 15–25 %. МКР дает возможность оценить отклонения фактических значений определенного показателя от плановых и выйти на определенный коэффициент достижения результата, который затем используется при оплате амбулаторно-поликлинической помощи.

Самый простой вариант — оплата услуг дневных стационаров по фактическим объемам, но не выше утвержденных объемов (заданий). Но определенный «люфт» превышения необходим и в этом случае. Можно допустить оплату дополнительных объемов сверх задания на основе решения территориальной согласительной комиссии — при наличии данных о сокращении уровня госпитализации на территории по результатам мониторинга выполнения заданий.

Следует также нормировать число дней лечения в дневном стационаре для каждого диагноза или группы диагнозов. Тогда единицей оплаты является пациентодень, умноженный на нормативное число дней лечения.

Стимулирование поликлиник за результаты лечебно-профилактической работы

При выборе показателей деятельности первичного звена здравоохранения необходимо учитывать следующие критерии:

- увязка показателя с приоритетами и конкретными задачами улучшения первичной медико-санитарной помощи;
- возможность сбора данных и установления нормативного значения показателя;
- управляемость системой оценки деятельности: возможность проведения анализа и осуществления расчетов по каждому учреждению;
- ясность показателей для работников.

Число показателей стимулирования не должно быть слишком большим — не более 10–15. В противном случае усложняется оценка деятельности первичного звена.

Учетные формы заполняются самими учреждениями. Каждое стационарное учреждение представляет страховщику реестры данных, включающие среди прочего информацию о месте прикрепления пациента. На основе этих данных можно получить картину распределения стационарной помощи в разрезе поликлиник и врачебных участков.

Контроль за достоверностью данных осуществляют страховщики на основе периодических проверок и выборочного анализа историй болезни. Параллельно налаживается персонифицированный учет услуг.

Для определения размера стимулирования используется модель конечных результатов. Можно рекомендовать МКР, используемую в Кемеровской области.

Приложение 4.3. Рекомендуемые методы оплаты стационарной помощи

Наиболее важное преобразование — *переход от оплаты койкодня к оплате случая стационарного лечения*. Это даст возможность лучше отразить реальные затраты на лечение определенного заболевания и создать условия для расширения сферы использования современных медицинских стандартов. Кроме того, это ограничит мотивацию больниц к наращиванию койкодней и даст возможность сократить средние сроки госпитализации. В то же время следует учитывать, что оплата фактического числа случаев может усилить стремление больниц к увеличению объема стационарной помощи. Поэтому лучше использовать *случай лечения в сочетании с предварительным принципом возмещения объемов стационарной помощи*. На наш взгляд, оптимально сочетание случая лечения и глобального бюджета для больницы.

Универсальный переход на оплату за случай лечения может осуществляться в двух формах. Наиболее простой вариант — расчет стоимости случаев на основе нормирования числа койкодней для конкретных диагнозов; более сложный — нормирование общей стоимости лечения определенного диагноза на основе требований медико-экономических стандартов (МЭС). При действующих финансовых ограничителях все требования стандарта выполнить невозможно, поэтому в тариф следует включать наиболее важные его элементы, которые более всего нужны для эффективного лечения и могут быть реально обеспечены финансами.

В то же время следует учитывать, что слишком детальная система оплаты имеет серьезные недостатки. Во-первых, разработка такой системы требует сбора и обработки огромного массива информации по большому числу заболеваний, т.е. система очень дорогая. В этой ситуации неизбежно использование упрощенных оценок в виде нормируемых койкодней по конкретным заболеваниям, а это искажает фактические затраты. Во-вторых, даже если удастся посчитать тарифы по МЭС, их сложно использовать в системе ОМС. Планирование объемов, являющееся основой управления издержками, практически невозможно осуществлять на основе тысяч тарифов по конкретным заболеваниям. Рационально планировать объемы можно только по укрупненным группам заболеваний: можно точно предсказать потребность в хирургических операциях, но намного сложнее — число аппендэктомий.

Наконец, велика вероятность того, что врачи будут воспринимать МЭС не как усредненные требования к лечению, а как прей-скруант оплаты своих услуг. И если что-то делается сверх требований стандарта, то они могут претендовать на дополнительную оплату. Поскольку это нереально, то доплачивать придется пациенту. Следует учитывать, что ситуация «много экономики» так же опасна для мотивации врачей, как и ситуация «мало экономики». Нельзя допускать, чтобы врач лечил «с арифметром в руках», раскладывая свой трудовой вклад на множество детальных услуг, относимых к определенному случаю лечения. Это может породить выделение невыгодных работ, что в свою очередь приведет к дискриминации определенных категорий больных.

Мировая практика, как показано выше, убедительно демонстрирует движение к более агрегированным единицам ценообразования и оплаты стационарной помощи. В этом смысле выбранный во многих регионах подход, основанный на укрупнении единицы оплаты, представляется правильным, от него не нужно отступать.

МЭС дают дополнительную информацию для укрупненных расчетов и позволяют скорректировать их на основе требований медицинской технологии. Таким образом, расчет финансовых нормативов идет в двух направлениях — сверху вниз (на основе имеющихся финансовых ресурсов) и снизу вверх (на основе медицинских технологий и оценки требуемых затрат). С учетом финансовых ограничителей второе направление является корректирующим, а не главным.

В такой системе экономических отношений МЭС являются в первую очередь основой контроля качества лечения, а уже затем единицей оплаты медицинской помощи. Персонифицированный учет позволяет определить соответствие качества лечения каждого случая установленным стандартам с учетом его конкретных особенностей.

Представляется, что наиболее перспективное направление совершенствования системы оплаты — *оплата не за фактические, а за согласованные объемы стационарной помощи*. Необходимо перейти на принцип предварительной оплаты (или принцип глобального бюджета). Следует учитывать, что данный принцип инвариантен к используемой единице тарификации и оплаты медицинской помощи. Можно платить за законченный случай или за койкодень, но если не согласовывать объемы стационарной помощи и не переносить на больницу часть финансовых рисков за превышение этих объемов, то невозможно создать у больниц мотивацию к оптимизации структуры работ. Практика показывает, что никакой, даже самый жесткий контроль, осуществляемый страховщиками, здесь не поможет.

Совершенно очевидно, что фактические объемы помощи могут отличаться от плановых, в том числе в силу неточности планирования. Поэтому в договоре между страховщиком и больницей необходимо устанавливать не только согласованные объемы помощи, но и коридоры риска, т.е. допустимые отклонения фактических объемов от плановых. В пределах этих отклонений оплачивается согласованный объем помощи — как в случае превышения плановых объемов, так и в случае их недовыполнения. Например, при коридоре риска 5% и 100 запланированных случаев 105 или 95 случаев оплачиваются как 100 случаев. За пределами допустимых отклонений ЛПУ «наказывается» как за недовыполнение, так и за перевыполнение планового объема. Так, 106-й случай будет оплачен по более низкой ставке — в пределах только переменных затрат стационара. Если пролечено 94 случая, то больница потеряет на стоимости одного случая.

Реальные схемы оплаты могут различаться по согласованию сторон. Например, возможен вариант более гладкой шкалы — снижения ставки оплаты при перевыполнении вплоть до предела. При таком варианте оплаты в условиях приведенного выше примера 101-й случай будет оплачиваться хуже, чем 100-й, но лучше, чем 105-й, а 110-й случай вообще не будет оплачен (при этом, естественно, никто не снимает с больницы ответственности за лечение всех без исключения обратившихся к ней пациентов).

Слишком жесткая система отсечения сверхплановых случаев (см. примеры Калининградской и Калужской областей) требует очень высокого качества планирования и длительных процедур согласования объемов стационарной помощи. Кроме того, она не всегда реализуема в силу политических причин. Эти риски следует учитывать. Поэтому разумно использовать более гибкую систему оплаты за сверхплановую помощь. Представляет интерес опыт Кемеровской области, где, во-первых, оплачивается часть переменных затрат на лечение сверхплановых случаев, во-вторых, допускается оплата койкодней свыше и ниже коридора риска при условии выполнения плана по числу случаев лечения.

Метод оплаты на основе согласованных объемов помощи устанавливает условие *сохранения в больнице основной части экономии, возникающей от оптимизации структуры случаев лечения*. Например, больница планирует перейти на многоуровневую (многоэтапную) систему оказания медицинской помощи, при которой интенсивный этап лечения отделяется организационно от этапов долечивания и реабилитации. Если долечивание проводится в специально созданном для этого отделении, где затраты относительно ниже, то это не повлияет на общий объем выручки стационара: оплачивается согласованное число случаев стационарного лечения независимо от уровня оказания медицинской помощи.

Переход от оплаты фактических к оплате плановых объемов помощи базируется на уже накопленной медико-экономической информации. Сохраняется система счетов за выполненные работы. Без них невозможен учет фактически выполненных объемов работ для контроля выполнения больницей своих обязательств.

Использование укрупненных единиц оплаты стационарной помощи и согласование ее объемов целесообразно сделать доминирующими подходами при формировании новой системы экономической мотивации. Это не исключает их сочетания с другими подходами. В частности, оплата согласованных объемов основной

части стационарной помощи может сочетаться с оплатой фактических объемов тех видов услуг, потребность в которых особенно велика и у которых сложилась рациональная структура их оказания. Точно так же оплата по укрупненным единицам объемов может сопровождаться выделением набора заболеваний, лечение которых лучше оплачивать по МЭС (наборам приоритетных видов услуг).

При разработке территориальных программ государственных гарантий медицинской помощи и заданий ЛПУ целесообразно выделять долю объемов плановой стационарной помощи в общем объеме стационарной помощи, а также требования в отношении сроков ее ожидания. Это выделение преследует две главные цели. Первая – конкретизировать государственные гарантии населению в отношении плановой помощи. Больницы имеют твердые обязательства оказания такой помощи на бесплатной основе. Вторая – создать условия для усиления конкуренции ЛПУ при оказании плановой стационарной помощи. В этой части стационарной помощи больницы оплачиваются за фактическое число законченных случаев, но в пределах глобального бюджета для определенной территории.

В случае если больница имеет договоры с несколькими СМО, распределение между ними согласованного объема стационарной помощи можно осуществлять на основе сложившихся в прошлые годы объемов помощи, оказанной застрахованным в разных страховых компаниях. Каждая из них включает в договор с больницей свою квоту согласованных объемов. Если в течение года происходит перераспределение страхового поля, то предполагается корректировка договорных объемов.

ЛИТЕРАТУРА

К РАЗДЕЛУ 1

ГУ-ВШЭ, 2009. Аналитическая справка об инновациях в системе финансирования здравоохранения в Калининградской области.

Информационно-аналитическая система мониторинга pilotного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах Российской Федерации. <http://www.regina.mednet.ru>

Калужский областной ФОМС, 2008. Информация к координационному совещанию руководителей органов государственной власти области и федеральных органов государственной власти по Калужской области по вопросу «О ходе реализации pilotного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения».

Клюкова Е.А., 2009. Переход здравоохранения Калининградской области на подушевое одноканальное финансирование. Доклад министра здравоохранения Калининградской области на совещании федерального ФОМС 1 октября 2009 г.

Минздравсоцразвития России, 2008. О реализации в 2007 г. мероприятий по модернизации стационарной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Рассмотрено на заседании президиума Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов в демографической политике 23 мая 2008 г.

Министерство здравоохранения Пермского края, 2008. Аналитическая справка о реформе здравоохранения Пермского края.

НИСП, 2008. Оценка опыта реформирования здравоохранения в регионах Российской Федерации. Итоговый аналитический доклад Всемирному банку.

Тришкин Д.В., 2009. Основные направления реформы здравоохранения на территории Пермского края. Доклад исполнительного директора территориального ФОМС на совещании федерального ФОМС 1 октября 2009 г.

ФОМС, 2009. Аналитическая справка федерального ФОМС «Итоги реализации pilotного проекта, направленного на повы-

шение качества услуг в сфере здравоохранения в субъектах здравоохранения в 2007–2008 годы».

Хлабутина Е.И., 2009. Региональные особенности одноканального финансирования. Доклад исполнительного директора территориального ФОМС Нижегородской области на совещании федерального ФОМС 1 октября 2009 г.

Чирятьева Т.В., 2009. Опыт территориального ФОМС Тюменской области по введению расчетов за оказанную медицинскую помощь населению в условиях одноканального финансирования медицинских организаций через систему ОМС. Доклад исполнительного директора территориального ФОМС на совещании федерального ФОМС 1 октября 2009 г.

Шейман И.М., 1998. Реформирование системы управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь. Глава 2.

Шейман И.М., Исакова Л.Е., 2002. Реформирование системы оплаты медицинской помощи: в 2 т. Кемерово: СибформС.

К РАЗДЕЛУ 2

ВБ, 2009. Доклад Всемирного банка об экономике России. Июль 2009. <http://www.worldbank.org.ru>

ВЦИОМ, 2009. Пресс-выпуск №1310. 9 сентября 2009 г. <http://wciom.ru/arkhiv/tematiceskii-arkhiv/item/single/12415.html>

ГКС, 2009. Сайт Госкомстата России. http://www.gks.ru/bgd/free/b04_03/IssWWW.exe/Stg/d03/214ozen28.htm

Кельманzon К.М., Попович Л.Д., 2009. К вопросу о лекарственном обеспечении населения РФ. // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. Вып. 1. 2009.

Мелик-Гусейнов Д., 2009. Влияние экономического кризиса на российский фармацевтический рынок. Анализ текущей ситуации. Прогнозы. Доклад на Всероссийской конференции по вопросам государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. М., 2009.

Минздравсоцразвития, 2008. Концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года (первая версия). 2008.

Найговзина Н.Б., 2009. Совершенствование государственного регулирования цен на лекарственные средства в Российской Федерации. Доклад на Всероссийском совещании «Регулирование цен на лекарственные средства в Российской Федерации» (Казань) 3 сентября 2009 г.

Опрос ОООИБРС, 2009. Опрос Общероссийской общественной организации инвалидов — больных рассеянным склерозом «Дорогостоящее лекарственное обеспечение: взгляд пациентов и экспертов». 2009.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1.

Полякова Д., 2008. Референтное ценообразование: побочные действия // Еженедельник «Аптека». 2008. № 12 (633).

Попович Л.Д., 2009а. Разработка возможных вариантов моделей лекарственного страхования в Российской Федерации // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2009. № 1.

Попович Л.Д., 2009б. Лекарственное страхование в России: возможные модели. Доклад на конференции ЛЕФФ-групп. М., 2009.

Росмедстраж, 2001. Сравнительная характеристика механизмов сооплаты лекарственных средств в странах Западной Европы. Обзор с сайта Росмедстраж <http://www.rosmedstrah.ru/articles.php?blk=1&theme=1&show=1&id=61>

Сергиенко В.И., 2009. Национальная лекарственная политика и основные лекарственные средства. Доклад на Президиуме ТПП.

Солтман Р. Б. (ред.), Буссе Р., Моссиалос Э., 2002. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран / пер. с англ. М: Весь Мир, 2002.

Тельнова Е.А., 2009а. Государственное регулирование цен на лекарственные средства и актуальность его совершенствования на современном этапе. Доклад на Всероссийской конференции по вопросам государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. М., 2009.

Тельнова Е.А., 2009б. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан в 2009 году. Доклад на Всероссийской конференции по вопросам государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. М., 2009.

Тельнова Е.А., 2009с. ОНЛС: предварительные итоги 2008 года // Вестник Росздравнадзора. 2009. № 1.

Тельнова Е.А., 2009д. Фармакоэкономические оценки в принятии управленческих решений при формировании подходов к ценообразованию на лекарственные средства. Доклад на Всероссийской конференции по вопросам государственного регулирования в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий. М., 2009.

ТПП, 2008. Торгово-промышленная палата Российской Федерации, Союзэкспертиза, МФБ. Организация биржевой торговли фармацевтическими субстанциями. Пояснительная записка. Москва. Октябрь 2008. http://www.mse.ru/comm_ex/pharma/docs/pz.doc

Фарминдекс, 2009. Pharmindex.Ru. Ассоциация российских фармпроизводителей и ФАС России обсудили актуальные проблемы, препятствующие развитию российской фармацевтической промышленности. <http://www.alliance-healthcare.ru/newsview.aspx?id=884>

Фармэксперт, 2009а. Влияние экономического кризиса на российский фармрынок. Анализ ситуации. Прогнозы. 2009. http://www.pharmexpert.ru/userfiles/file/pharmlogic%202009_DMG.ppt#1

Фармэксперт, 2009б. Аналитический обзор фармацевтического рынка. INFARMACIA 9 (73). 2009. http://www.pharmexpert.ru/userfiles/file/INPHARMACIA_09_09%20RUS.pdf

ФК РФ, 2009. Доклад формуллярного комитета РФ. 2009.

ФОМ, 2009. Фонд «Общественное мнение». Динамика цен: мнения россиян. Опрос 24–25 октября 2009 г. <http://bd.fom.ru/pdf/d43tseny.pdf>

Ченцова М., Бучина А., 2007. Анализ развития европейского фармрынка. Ремедиум № 8. 2007. <http://www.remedium.ru/Analytics/review/articles/detail.php?ID=17404>

Юргель Н.В., Тельнова Е.А., 2008. ДЛО – ОНЛС. «7 нозологий», а что дальше?» // Вестник Росздравнадзора. 2008. № 5.

Annemans I., Crott R., Clereq H. et al., 1997. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Belgium. *Pharmacoeconomics.* Vol. 11. 1997. № 33.

Bennett N., 2000. *Pharmaceutical Pricing Strategies 2000: Entering the New Millennium.* Washington: Reuters Business Insight. 2000.

Burstall L., 1997. The management of the cost and utilisation of pharmaceuticals in the United Kingdom // *Health Policy.* Vol. 41. 1997.

DSM group, 2009. Фармацевтический рынок России. Вып.: июль 2009 г. <http://www.dsm.ru/Analytics>

Giraudeau F., 2000. The institutional and procedural reform of approval of medical devices for reimbursement in France. *HEPAC Health Economics in Prevention and Care.* Vol.1. 2000. №1.

Business Insight, 2000. Pharmaceuticals Pricing Strategies, 2000.

Henriksson F., Hjrsberg C., Relinberg C., 1999. Pharmaceutical expenditure in Sweden. *Health Policy.* Vol. 47. 1999. № 2.

IDPIG. International Drug Price Indicator Guide, <http://erc.msh.org>

IMS Health, 2009а. Russian Pharmaceutical Market. Major trends and perspectives. Adam Smith Conference. St. Petersburg. May 19, 2009.

IMS Health, 2009b. Continuous Market Insight. Россия. Розничный рынок. Первое полугодие 2009 г. <http://www.rmbc.ru/analytics/article/detail.php?ID=1453>

IMS Health, 2009 c. Continuous Market Insight. Россия. ДЛО. Первое полугодие 2009 <http://www.rmbc.ru/analytics/article/detail.php?ID=1451>

Laux P., Gruger J., (2007) Pricing and Reimbursement of Pharmaceuticals Libre de Bruxelles. Brussels, 2007.

Macartur D., 2000. Pharmaceutical Pricing and reimbursement in United Kingdom. HEPAC Health Economics in Prevention and Care. Vol. 1. 2000. № 1.

Moen E., Toverud E., Grund J., Brinchmann S., 1998. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals. A new culture for the community pharmacist. Pharmacy World and Science. Vol. 20. 1998. № 3.

Mossialos E., Monique Mrazek M., Tom Walley T., 2004. Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality European Observatory on Health Systems and Policies series. Published by Open University Press 2004.

Mossialos E. Srivastava D., 2009. Pharmaceutical policies in Finland. Challenges and opportunities. The European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series, № 10. <http://www.euro.who.int/document/e91239.pdf>

Mrazek M., 2002. Comparative approaches to pharmaceutical price regulation in the European Union // Croatian Medical Journal. 43(4): 453–61.

OECD, 2008. Health Data 2008: Statistics and Indicators for 30 Countries. http://www.oecd.org/document/56/0,3343,en_2649_33929_12968734_1_1_1_1,00.html

Paterson I., Fink M., Ogus A. et al., 2003. Economic Impact of Regulation in the Field of Liberal Professions in Different Member States. Final Report. Part 2. Study for the European Commission. Vienna: Institute for Advanced Studies (HIS).

Pen C., 1997. Pharmaceutical economy and the economic assessment of drugs in France // Social science and medicine. Vol. 45. 1997. № 4.

Petkantchin V. Economic effects of Germany's reference pricing policy for drugs. Brussels, 2006.

PhRMA, 2001. Submission of the Pharmaceuticals Research and Manufacturers of America. For National Trade Estimate Report on Foreign Trade Barriers. Washington: PhRMA, 2001.

RMCF, 1997. Resolution of Ministry of Chemicals and Fertilizers (Department of Chemical and Petrochemical) // The Gazette of India. 1997. № 23.

Quinn B.M., 1998. Drugs and Pharmaceuticals. China // Industry Sector Analysis. 1998.

WHO, 2006. Drugs and money // Edd. M.N.G. Dukes, F.M. Haaijer-Ruskamp, C.P. de Joncheere и A.H. Rietveld.

WHO, 2007. Questionnaire on structures and processes of country pharmaceutical situations, 2007.

К РАЗДЕЛУ 3

Больничная касса Эстонии, 2008. Годовой финансовый отчет Больничной кассы, 2008.

ВОЗ, 2009a. (Всемирная организация здравоохранения). Консультация высокого уровня по вопросам финансового и экономического кризиса и глобального здравоохранения. Информационная записка. 16 января 2009 г.

ВОЗ, 2009b. (Всемирная организация здравоохранения). Охрана здоровья в условиях глобального экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом. Отчет о совещании. Осло, 1–2 апреля 2009 г.

ВОЗ, 2009c. (Всемирная организация здравоохранения). Финансовый кризис и глобальное здравоохранение. Информационная записка. 21 января 2009 г.

Docteur E., 2009a. Mitigating the Impact of the Global Economic Crisis on Household Health Spending. World Bank, ECA Knowledge Brief. 2009. <http://www.worldbank.org/eca>

Docteur E., 2009b. World Bank Health Sector Assists Crisis-Hit Eastern Europe Countries. World Bank, ECA Knowledge Brief. 2009. <http://www.worldbank.org/eca>

European Commission, 2009. Interim forecast January 2009. Brussels. http://ec.europa.eu/economy_finance/pdf/2009/interimforecast-january/interim_forecast_jan_2009_en.pdf

Federal Ministry of Health, 2009. Maßnahmenpaket der Regierung stabilisiert Gesundheitssektor in schwierigen Zeiten Bonn. http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1168278/SharedDocs/_Pressemitteilungen/DE/2009/pm27-01-09.html?__nnn=true (press release 27 January 2009)

International Monetary Fund, 2009a. The state of public finances: outlook and medium term policies after the 2008 crisis. Washington DC. <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/030609.pdf>

International Monetary Fund, 2009b. The size of the fiscal expansion: an analysis for the largest countries. Washington DC. <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/020109.pdf>

Kutzin J., Ibraimova A., Jakab M., Dougherty S. et al., 2009. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create

a universal health financing system in Kyrgyzstan // Bulletin of World Health Organization, 2009; 87:549–554.

Ministry of Health and Social Affairs, 2009. Sweden's strategy report for social protection and social inclusion 2008–2010. Stockholm. <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/11/42/69/1009c964.pdf>

Nikolic, Maikisch, 2006. Public-Private Partnership and Collaboration in the Health Sector. World Bank.

Portuguese Republic, Ministry of Finance and Public Administration, 2009. Stability and Growth Programme 2008–2011. January 2009 update. Lissabon. http://www.minfinancas.pt/inf_economica/PEC_2008-2011_En.pdf

Schneider, 2009. Mitigating the Impact of the Economic Crisis on Public Sector Health Spending. World Bank, ECA Knowledge Brief. 2009. <http://www.worldbank.org/eca>

World Bank, 2008. EU10 regular economic report, October 2008. Washington DC <http://siteresources.worldbank.org/ECAEXT/Resources/258598-1225385788249/EU10+Main+Reportoct08.pdf>

World Bank, 2009a. Kyrgyz Republic: Government, Donors Join to Improve Health <http://go.worldbank.org/UX1O8WMIG0>

World Bank, 2009b. The global economic crisis: Assessing vulnerability with a poverty lens. Washington DC <http://siteresources.worldbank.org/NEWS/Resources/WBGVulnerableCountriesBrief.pdf>

К РАЗДЕЛУ 4

Доклады о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006–2008 гг. Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. www.minsdravsoc.ru

Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2008 году. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. М., 2009.

Финансы России, 2008. Статистический сборник. М.: Росстат.

Здравоохранение в регионах, 2006.

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31 декабря 2008 г. № 10407-ТГ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2009 год».

База данных «Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России» (НИСП). <http://zdrav.socpol.ru/>

ОБ АВТОРАХ

Попович Лариса Дмитриевна – кандидат биологических наук, заместитель заведующего кафедрой управления и экономики здравоохранения Государственного университета – Высшей школы экономики.

Потапчик Елена Георгиевна – кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории экономики здравоохранения Государственного университета – Высшей школы экономики.

Салахутдинова Севиль Камаловна – кандидат экономических наук, специалист по вопросам здравоохранения представительства Всемирного банка в России.

Селезнёва Елена Владимировна – стажер-исследователь лаборатории экономики здравоохранения Государственного университета – Высшей школы экономики.

Шейман Игорь Михайлович – кандидат экономических наук, профессор кафедры управления и экономики здравоохранения Государственного университета – Высшей школы экономики.

Шишкун Сергей Владимирович – доктор экономических наук, проректор Государственного университета – Высшей школы экономики.

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: НОВАЯ СИТУАЦИЯ И НОВЫЕ ЗАДАЧИ

Редактор *В.А. Терехина*

Художник *Н.В. Пьяных*

Компьютерная подготовка

оригинал-макета *Д.А. Баскина*

Корректоры *Т.А. Смирнова, М.А. Миловидова*

Подписано в печать 10.10.2014. Формат 60 × 90¹/₁₆

Гарнитура «Ньютон». Усл. печ. л. 14,5.

Доп. тираж 100 экз. Заказ № 961.

Издательский дом «Дело» РАНХиГС

119571, Москва, пр-т Вернадского, 82

Коммерческий отдел — тел. (495) 433-25-10, (495) 433-25-02

delo@rane.ru

www.domdelo.org

Отпечатано в типографии РАНХиГС
119571, Москва, пр-т Вернадского, 82

ISBN: 978-5-7749-1016-8



**МОДЕРНИЗАЦИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:
НОВАЯ СИТУАЦИЯ
И НОВЫЕ ЗАДАЧИ**



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ
НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РФ