

ПОДУШЕВОЕ ФИНАНСИРОВАНИЕ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕГИОНАЛЬНОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Дуганов М. Д., Колинко А.А., Ковригина С.В., Шабунова А.А., Калашников К.Н.

Одним из факторов эффективности системы общественного здравоохранения является организация механизма финансирования производителей медицинских услуг. Из существующих методов оплаты медицинской помощи в здравоохранении Российской Федерации превалирует частный и наиболее простой вариант ретроспективной формы оплаты амбулаторной медицинской помощи – метод оплаты случаев амбулаторно-поликлинического обследования на основе персонифицированного учёта посещений¹. Фактически, данная модель ставит врачей в такие условия работы, когда уровень их заработной платы находится в прямой зависимости от объёмов предоставляемой медицинской помощи, создавая экономические стимулы к увеличению числа пролеченных больных и параллельно – к сокращению сроков лечения каждого пациента и количества услуг, оказываемых при рассмотрении каждого отдельного клинического случая. В то же время существует альтернативный способ распределения финансовых ресурсов – подушевой метод оплаты амбулаторной помощи (как частный метод перспективного финансирования), основанный на оценке ожидаемых расходов в здравоохранении с учётом половозрастной структуры населения². Он стимулирует медицинские учреждения к более рациональному освоению имеющихся в их распоряжении ресурсов, основанному на планировании и ориентации на малозатратные формы оказания медицинской помощи, а также способствует развитию профилактической деятельности.

В 2007 г. в Вологодской области стартовал пилотный проект по модернизации системы здравоохранения, направленной на повышение качества медицинских услуг. Одним из главных направлений пилотного проекта стало внедрение частичного фондодержания в амбулаторно-поликлинических учреждениях региона на основе принципов подушевого финансирования³. В этих условиях возникла необходимость в разработке

¹Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ. База данных [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.healthreform.ru/> (дата обращения: 10. 09. 09).

²Xingzhu Liu, Policy tools for allocative efficiency of health services. WHO.

³На сегодняшний день вернее было бы говорить не о частичном фондодержании, а об осуществлении на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу.

методологической базы подушевого финансирования и исследовании территориальных и половозрастных различий в стоимости медицинской помощи для населения.

В 2007-2008 гг. авторы провели исследования, результаты которых используются для методического обеспечения реализации механизмов подушевого финансирования в региональном здравоохранении. В работе был использован классический алгоритм экономического анализа половозрастных и территориальных различий в финансовом обеспечении медицинской помощи на региональном и муниципальном уровнях, но с углублением оценочной составляющей. Последняя заключается в выявлении возрастных и гендерных различий в потребностях населения в медицинской помощи, а также их интерпретации с привлечением данных социологических опросов. Информационной базой исследования послужили материалы Территориального фонда ОМС Вологодской области, ГУЗ Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ), данные социологических опросов ИСЭРТ РАН, а также данные Вологдастат и Росстат.

Долгое время в здравоохранении Вологодской области применялся преимущественно ретроспективный способ оплаты медицинской помощи: учреждения выставляли финансирующей стороне подробные требования на оплату; последняя проверяла обоснованность выдвинутых претензий и удовлетворяла их. Однако покупатель (финансирующая сторона) в этих условиях не имел возможности предварительно выбрать целесообразный, по его мнению, объём и качество услуги, а у её поставщика (медицинского учреждения) возникал соблазн навязать покупателю завышенные объёмы и стоимости. Оплата амбулаторной помощи в поликлинических учреждениях Вологодской области производилась по посещениям (на основе их персонифицированного учёта), что создавало такие условия, когда уровень заработной платы врачей находился в прямой зависимости от объёмов оказанной медицинской помощи, причём без учёта её качественных характеристик и удовлетворённости пациента лечением. Однако объём медицинских услуг, реально оказанных каждому больному, обратившемуся за медицинской помощью в ЛПУ, в этом случае оказывался неучтённым в системе финансового обеспечения, а их качество зачастую не удовлетворяло требованиям медицинской целесообразности и ожиданиям пациентов, поскольку время приёма зачастую сокращалось до минимума, а врачи были лишены стимула более качественно обслуживать пациентов. Оплата стационарного лечения осуществлялась по ретроспективному сценарию, что создавало ситуацию повышенного предложения этого дорогостоящего вида медицинской помощи. При этом оплата производилась в расчёте

на среднюю стоимость лечения одного больного в профильном отделении, что не позволяло учитывать специфику отдельных госпитализаций, весьма различающихся по сложности и степени потребления ресурсов. Кроме того, контингент пациентов, обслуживаемых узкими специалистами, при этом существенно расширился, что ограничивало доступность услуг узких специалистов для тех пациентов, которые нуждаются в них в наибольшей мере. По сути, описанная схема противоречит самой концепции здравоохранения, основанного на страховых принципах.

Немаловажно и то, что система распределения финансовых ресурсов здравоохранения, действующая на сегодняшний день в регионе, оторвана от реальных потребностей населения. Во-первых, как будет показано далее, коэффициенты, применяемые ТФ ОМС стоимости потребления медицинской помощи необъективны. Во-вторых, анализ финансового обеспечения здравоохранения в разрезе муниципальных образований свидетельствует о значительной дифференциации территорий в данном аспекте. Так, отмечается существенный разброс в значениях показателей затрат на нужды здравоохранения в Вологодской области. В среднем за пять лет (с 2003 по 2007 гг.) диапазон значений общественных расходов в отрасли достиг 1,8, соотношение между максимальным и среднеобластным показателями в указанный промежуток времени равнялось 1,3, значение минимального показателя составило 0,7 по отношению к среднему по области, что позволяет говорить о заметных различиях между ними в финансовом обеспечении здравоохранения и, вероятно, о социальном неравенстве, по сути представляющим собой нарушение конституциональных прав граждан РФ на равноправие в получении бесплатной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. С позиций социальной справедливости неравенство можно считать адекватным только в том случае, когда оно отражает структуру объективных потребностей населения в получении медицинских услуг. В действительности же сложившаяся неоднородность в обеспечении прав граждан на бесплатную медицинскую помощь коренится в обстоятельствах, не имеющих отношения к их реальным потребностям – причина неравенства кроется в особенностях действующих в региональной системе здравоохранения механизмов распределения финансовых ресурсов.

В условиях многоканальной модели здравоохранения объём бюджетного финансирования муниципалитетов выводится нормативно, исходя из фактически произведённых затрат на здравоохранение в предыдущий период. Результатом применения подобного подхода является то, что величины поправочных коэффициентов, используемых для оценки расходов по муниципальным образованиям Вологодской об-

ласти, различаются более чем в два раза – от 0,7 в Вологодском и Грязовецком районах до 1,4 в Устюженском. При этом уровень фактических затрат зависит по большей части от количественных характеристик действующих в пределах муниципальных районов сетей лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ), численности штатов, коммунальных услуг, оснащённости медицинских учреждений оборудованием, а также возможностей местных бюджетов. При бюджетном финансировании, осуществляемом по описанному сценарию, поддерживаются ранее сформированные в пределах муниципальных образований, но неэффективные принципы финансирования сети ЛПУ (а не конкретных медицинских услуг).

Несмотря на то, что масштабы оказания медицинской помощи в разрезе районов не отличаются большим разнообразием (так, в 2007 г. в муниципальных районах и городах на 1 жителя приходилось от 6 до 9 посещений врача «первичного контакта» и от 3 до 5 койко-дней стационарного лечения), стоимость медицинской помощи, оказываемой в расположенных на их территории ЛПУ, колеблется в широком интервале значений – от 93 до 291 руб. на 1 посещение поликлиники и от 160 до 770 руб. на 1 день пребывания в стационаре. Это служит дополнительной иллюстрацией тех перекосов в уровне материальной оснащённости медицинских учреждений, которые сложились в здравоохранении региона и продолжает быть причиной устойчивых различий в финансировании муниципальных образований. Для преодоления сложившихся диспропорций в финансировании и для организации более эффективного механизма распределения средств и планируется использовать капитацию в качестве механизма оплаты медицинской помощи. Методологически этот процесс состоит из расчёта коэффициентов стоимости медицинской помощи для основных половозрастных групп населения и определения поправочных коэффициентов (тарификационных переменных) для каждого муниципалитета в рамках региона, далее объединяемых в подушевой формуле⁴.

Располагая данными по фактическим объёмам медицинской помощи, оказанной в ЛПУ региона, представляется возможным проанализировать уровень потребности населения в медицинских услугах в разрезе отдельных половозрастных групп⁵. Для решения этой задачи существует коэффициент половозрастных затрат (коэффициент стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами), рассчиты-

⁴ Шейман И.М. Экономика здравоохранения: учебное пособие. – М.: ТЕИС, 2001. – 324.

⁵ Для расчётов использовались данные по фактическим расходам на оказание медицинской помощи в разрезе муниципальных образований области и половозрастных групп населения, предоставленные ТФ ОМС.

аемый через отношение среднеобластных расходов на члена данной половозрастной группы к средним расходам на жителя области и отражающий степень отклонения уровня затрат на одного представителя данной когорты от уровня подушевых затрат в регионе:

$$K_{nvi} = \frac{C_i}{C_{obl.}}$$

где K_{nvi} – коэффициент половозрастных затрат для i -ой половозрастной группы; C_i – стоимость медицинской помощи на 1 члена i -й половозрастной группы, $C_{obl.}$ – стоимость медицинской помощи на 1 жителя области.

Как показывают рассчитанные коэффициенты, наибольшие затраты на медицинскую помощь свойственны категории мужского населения возрастом с 2 до 4 лет, а также для пожилых людей (рис. 2). Начиная с 15-летнего возраста расходы на оказание медицинской помощи женщинам устойчиво превышают их уровень для мужчин, причём для возрастной когорты от 25 до 29 лет разброс в показателях расходов достигает наибольшего значения – 2,7 раза (от 0,443 для мужчин до 1,208 для женщин)⁶. Очевидно, последнее объясняется тем, что данный возрастной отрезок – это период наибольшей репродуктивной активности женщин, требующий получения необходимых медицинских услуг во время беременности и родов. В то же время эксперты, объясняя причину более высокой по сравнению с мужчинами потребности женщин в медицинских услугах, обычно склонны приводить ряд аргументов преимущественно поведенческого и психологического толка. Так, согласно исследованиям, опубликованным в монографии «Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении», женщины, как правило, оценивают своё здоровье ниже, чем мужчины, а также более внимательно относятся к собственному здоровью, поэтому чаще обращаются в медицинские учреждения [1]. Результаты социологических опросов, проведённых ИСЭРТ РАН в Вологодской области в 2007 г., также могут служить иллюстрацией к приведённым свидетельствам. Отвечая на вопрос «Как Часто Вам приходится обращаться за медицинской помощью в связи с состоянием Вашего здоровья?», около 7% женщин, проживающих в регионе, ответили «Ежемесячно» (против 5% среди мужчин), 18% – «Один раз в два-три месяца» (для мужчин – 11%), 29% – «Один раз в полгода» (22% среди мужчин). Вместе с тем 9% жительниц области признались, что практически не

⁶ Это означает, что затраты на медицинскую помощь, предоставленную в среднем одному мужчине в возрасте от 25 до 29 лет, составили 44% от расходов на среднестатистического жителя области. Расходы на медицинскую помощь женщинам данной возрастной группы превышали среднеобластной показатель на 21%.

обращаются в медицинские учреждения, тогда как удельный вес мужчин, высказавших аналогичную позицию, оказался существенно больше – 15%⁷. Таким образом, предположение о большей потребности женщин в медицинских услугах, чем мужчин, не только подтверждается результатами анкетирования, но и находит отражение в зеркале медицинской статистики. Высокий уровень расходов на медицинскую помощь населению в возрасте от 2 до 5 лет объясняется тем, что дети в данном возрасте начинают посещать дошкольные образовательные учреждения и попадают в новую среду, где подвергаются влиянию ряда негативных факторов, вследствие чего у них наблюдается повышенный уровень заболеваемости. Начиная с 30-34 летней возрастной группы наблюдается тенденция роста затрат на медицинскую помощь, достигающих наибольших значения для людей 70-летнего возраста (рисунок).

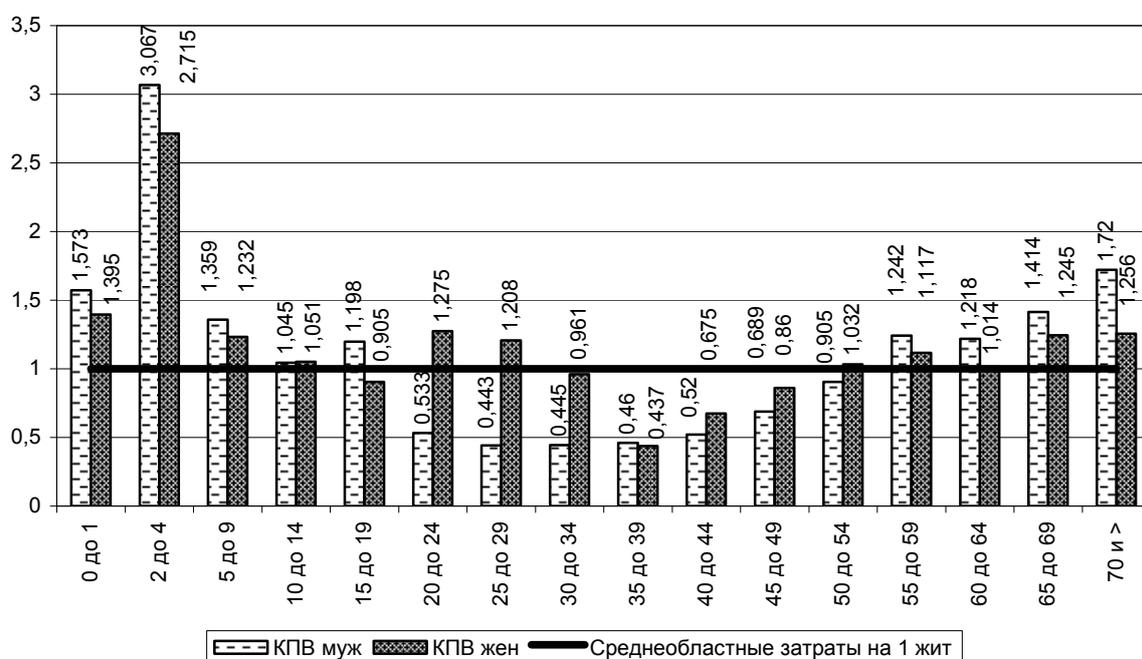


Рисунок. Коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами населения Вологодской области

Источник. Рассчитано автором по данным ТФ ОМС Вологодской области.

Априори большой уровень потребности в медицинской помощи у пожилых людей кажется естественным, поскольку запас здоровья, полученного человеком при рождении, с возрастом амортизируется, поэтому необходимость в его поддержании и

⁷ По данным мониторинга физического здоровья, проводимого ИСЭРТ РАН. Объектом исследования является население Вологодской области в возрасте старше 16 лет. Объем выборки составляет 1500 человек.

восстановлении (с помощью медицинских услуг) с годами становится всё более ощутимой. Обращаясь к результатам социологических исследований, весьма уместно привести данные по оценке населением собственной медицинской активности. Если среди жителей Вологодской области, не достигших 30-летнего возраста, лишь около 4% заявляет о регулярном ежемесячном посещении ими медицинского учреждения, то среди лиц пенсионного возраста удельный вес данной категории уже превышает 14%. Среди опрошенных молодых людей доля тех, кто приходит на приём к врачу один раз в два-три месяца, составляет 10%, в группе лиц, перешагнувших пенсионный рубеж, она достигает 20%. Те же данные обнаруживают пусть и незначительное, но снижение медицинского нигилизма с возрастом: 17% респондентов, относящихся к молодёжи, признались в том, что не тратят своего времени на посещение лечебных учреждений, среди пенсионеров их доля составила 10%.

Однако некоторые исследователи, тем не менее, склонны утверждать, что взаимосвязь между возрастом человека и уровнем потребления им медицинских услуг может быть преувеличенной. Так, новозеландские учёные Дж. Брайант, О. Сонерсон, исследовавшие влияние тенденции старения населения на рост затрат на здравоохранение, отмечают, что для человека заданного возраста и пола расходы на медицинское обслуживание, как правило, выше, если он является инвалидом или живет последний год своей жизни (данный феномен именуется эффектом интервала времени до смерти). Иными словами, по сравнению с молодыми людьми, пожилые требуют более высоких расходов в силу более высокой вероятности инвалидности и скорого наступления смерти⁸. Учитывая данные факты, стоит заключить, что не возраст сам по себе, а базовое состояние здоровья является причиной того, что престарелым требуется дополнительное медицинское обслуживание. Таким образом, отношение между возрастом и медицинскими расходами – косвенное: тот или иной период жизни человека связан с физиологическими, социальными, психологическими изменениями, которые требуют адаптации и повышают риск возникновения заболеваний и ухудшения здоровья.

Наиболее принципиальный в исследовании момент состоит в сравнительном анализе тенденций, сложившихся в двух системах показателей – практической, применяемой ТФ ОМС, и полученной на основе объективных статистических данных (табл. 1). Результаты сравнительного анализа, проведённого по контингентам мужского и

⁸ Оценка затрат, связанных со старением населения // Дж. Брайант, О. Сонерсон. – Финансы & развитие, сентябрь, 2006. – С. 48 – 50.

женского населения в отдельности, позволяют утверждать о существенных различиях в структуре двух систем коэффициентов стоимости медицинских услуг. Анализ стоимости потребления медицинской помощи возрастными группами в срезе мужского населения Вологодской области позволяет выявить довольно сходные тенденции в обеих системах показателей (таблица). Так, отрицательная динамика половозрастных коэффициентов проявляется в отношении возрастной категории от 2-5 до 10-15 лет (однако масштабы снижения не одинаковы), а динамика роста – для групп от 20-25 лет и до 70 и старше, причём для возрастных контингентов от 35-40 лет и более наблюдается поступательный рост расходов на медицинскую помощь в обеих системах показателей. Однако ярко выраженный в рамках расчётных коэффициентов стоимости пик затрат, приходящийся на возрастную группу 2-5 лет, ТФ ОМС не наблюдается.

Таблица

Коэффициенты стоимости потребления медицинской помощи половозрастными группами населения ($K_{пв}$)

Возрастные группы	$K_{пв}$			
	Применяемые ТФ ОМС		Расчётные	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
0 – 2	1,00	0,50	1,573	1,395
2 – 4	0,70	0,35	3,067	2,715
5 – 9	0,37	0,30	1,359	1,232
10 – 14	0,3	0,25	1,045	1,051
15 – 19	0,22	0,30	1,198	0,905
20 – 24	0,26	0,35	0,533	1,275
25 – 29	0,20	0,40	0,443	1,208
30 – 34	0,20	0,40	0,445	0,961
35 – 39	0,25	0,45	0,460	0,437
40 – 44	0,35	0,50	0,520	0,675
45 – 49	0,45	0,55	0,689	0,860
50 – 54	0,50	0,65	0,905	1,032
55 – 59	0,65	0,7	1,242	1,117
60 – 64	0,75	0,85	1,218	1,014
65 – 69	0,80	0,95	1,414	1,245
70 и старше	1,07	1,16	1,720	1,256

Источник. Рассчитано автором по данным ТФ ОМС Вологодской области.

Таким образом, используемые на сегодняшний день в региональном здравоохранении коэффициенты половозрастных затрат (они применяются при планировании расходов по территориям в рамках Территориальной программы государственных га-

рантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи) не отражают реальные потребности населения в медицинской помощи. Расчётные же тарификационные переменные (с условием их регулярного пересмотра) более объективны. Приведённые коэффициенты характеризуют половозрастные различия в потреблении медицинской помощи различными половозрастными группами и могут быть применены для расчёта её планируемых объёмов в условиях подушевого финансирования. Для этого существует механизм расчёта территориальных муниципальных поправок к среднеобластному подушевому нормативу.

Однако в силу того, что полноценный переход на подушевое финансирование в региональном масштабе на территории Вологодской области на сегодняшний день неосуществим – из-за неготовности многих муниципальных районов к подобным преобразованиям – подушевое финансирование было решено внедрить в ряде медицинских учреждениях области, где к новой системе оплаты перешли специалисты первичного звена, врачи-терапевты, а врачи узких специальностей и работающие в стационарах остались на гонорарном, ретроспективном принципе выплат, когда оплата производится за фактическое количество отдельных проведённых мероприятий и оказанных услуг. Объём финансовых средств в новых условиях финансирования перечисляется первичному звену на основе перспективного принципа финансирования в расчёте на каждого закреплённого за участком гражданина, а также с учётом проведённых профилактических мероприятий (диспансеризация, вакцинация, пропаганда здорового образа жизни и т. д.) и их результатов. Стимулом для эффективной работы участковых врачей в новых условиях станет возможность распоряжаться средствами, сэкономленными в результате рационализации медицинской помощи, сокращении количества случаев неоправданной госпитализации. Несмотря на нынешнюю узость масштабов внедрения принципов фондодержания в здравоохранении, были отмечены некоторые позитивные изменения в функционировании учреждений, перешедших на новые принципы финансирования. В частности, уровень госпитализации в стационарах учреждений, заключивших договоры на участие в реализации пилотного проекта, за период с 2007 по 2008 гг. снизился на 12%. Параллельно с сокращением стационарной помощи развивались стационарозамещающие технологии и система контроля работы амбулаторно-поликлинического звена медицинской помощи. В частности, разработаны и внедрены в практику показатели, характеризующие результаты деятельности участкового терапевта, врача общей практики (комплекс индикаторов текущей деятельности, конечных результатов, дефектов).

Представляется, что подушевое финансирование, особенно в варианте с использованием поправочных коэффициентов, – потенциально наиболее эффективный способ оплаты услуг амбулаторного звена, оптимизирующий всю систему финансирования медицинской помощи. Однако необходимо подчеркнуть, что его реализация должна быть адекватно методически обеспечена. В частности, требуется отработанная система взаиморасчётов звена первичной медико-санитарной помощи с другими звеньями амбулаторной помощи, развитие хозяйственного механизма амбулаторных учреждений, стимулирующего эффективный труд медицинского персонала. Для дальнейшего развития принципов подушевого финансирования в пилотных поликлиниках Вологодской области необходимо также нормативно закрепить право территориального фонда ОМС на увеличение подушевого норматива финансирования поликлиник за счет достигнутой экономии от снижения количества госпитализаций и внедрить систему стимулирования врачей первичного звена, нацеленную на снижение необоснованных случаев госпитализации и усиление профилактических мероприятий. Защита прав пациента должна быть обеспечена за счёт внедрения в медицинскую практику компенсаторных механизмов, препятствующих стремлению производителей медицинских услуг необоснованно ограничить медицинскую помощь. Это свободный выбор пациентом звена ПМСП для прикрепления; служба помощи пациентам, куда они могут обратиться при отказах в медицинском обслуживании; система контроля качества медицинской помощи; система штрафных санкций при необоснованных отказах в предоставлении медицинской помощи и др.