

Приложение 1

Реформа здравоохранения в Великобритании

Система здравоохранения

В Великобритании существует жестко централизованная национальная (государственная) система здравоохранения (NHS).

Эта система возглавляется действующим политиком правящей партии в ранге министра. Министерству напрямую подчинены 14 региональных управлений здравоохранения (РУЗ), которым, в свою очередь, непосредственно подчиняются 145 местных управлений здравоохранения (МУЗ) и 90 управлений семейного здоровья (УСЗ).

Никакого подчинения системы здравоохранения, ее учреждений и органов местным органам власти не существует, и влияние последних реализуется только на политическом уровне. С другой стороны, местная власть освобождена от забот о медицинском обслуживании своих жителей.

Штаты органов управления здравоохранением весьма значительны. Так, РУЗ Вестмидленда (5,2 млн. населения) начитывало в недавнем прошлом до 1000 человек (сейчас сокращено до нескольких сот). Типичные штаты РУЗ 70 - 150 человек, УСЗ 50 - 100. В Вестмидленде 15 МУЗ и 11 УСЗ. Таким образом, персонал органов управления составляет, как минимум, свыше полутора тысяч человек.

В то же время следует отметить, что в указанную выше численность включен персонал, занимающийся эпидемическим надзором, поскольку служба санэпиднадзора интегрирована с органами управления здравоохранения и имеет весьма незначительную численность (не более 10% общего штата органов управления).

Звено первичной медицинской помощи в Великобритании представлено общими врачебными практиками (ОВП) — групповыми или индивидуальными. ОВП являются независимыми некоммерческими структурами. В большинстве случаев врач (или группа врачей) владеют своей практикой (помещением, оборудованием) на праве собственности. Они нанимают остальной персонал. Лишь в редких случаях ОВП арендуют помещение для своей работы.

Врачи общей практики строят свою деятельность на основе индивидуального контракта с УСЗ. Форма контракта является единой для всей страны.

В состав ОВП входят сестры, административный персонал. В практике, которую мы посетили в Нортхемптоне, на 8 тыс. обслуживаемого населения 5 врачей (4,5 ставки) при общем штате практики 30 человек.

ОВП оказывает помощь и взрослому населению (в том числе гинекологическую) и детям. При таком объеме работы на одного врача общей практики в Англии приходится в среднем 1900 пациентов.

Следует отметить, что в большинстве случаев ОВП почти не имеет никакого специализированного оборудования. Все исследования, обследования, консультации специалистов производятся в госпиталях, где существуют значительные (до нескольких недель) очереди.

Очереди наличествуют и в самих практиках. Так, в Нортхемптоне в ОВП, которая считается показательной, на прием к врачу (за исключением экстренных случаев) можно попасть только через 2 дня после записи.

Различаются практики двух типов — обыкновенные ОВП (их в стране 20018) и ОВП-фондодержатели (их число — 6098). Практики первого типа получают средства только на оказание первичной помощи собственными силами, тогда как практики второго типа получают от государства финансовые фонды и для закупки части вторичной помощи.

ОВП тесно взаимодействуют с сестринской службой ухода за пациентами (ССУ), весьма развитой в Великобритании.

Вторичная медицинская помощь (в том числе — значительная часть услуг наших поликлиник) оказывается в госпиталях. В ходе реформы несколько расширены права большинства государственных учреждений здравоохранения (госпиталей, служб по уходу), называемых трастами (272). Они получили определенную самостоятельность (возможность самим искать источники развития, оказывать помощь пациентам из других районов и т.д.). Трасты организационно независимы от местных органов управления здравоохранением и напрямую подчинены Минздраву, который назначает руководство. В то же время трасты поставлены в жесткую финансовую зависимость от МУЗ, покупающих большую часть их услуг. Это соответствует проводимой в Великобритании общей политике организационного разделения покупателей и производителей медицинских услуг.

Несмотря на определенную самостоятельность, оплата труда врачебного персонала трастов жестко определена государством. Лишь в последнее время появляется возможность как-то варьировать зарплату прочих категорий персонала (против чего те усиленно возражают).

Помимо трастов существуют 174 учреждения, оказывающих вторичную медицинскую помощь, напрямую подчиненные местным управлениям

здравоохранения. В ходе реформы их предполагается также преобразовать в трасты.

Обращает на себя внимание малое число больничных коек в Великобритании (в Вестмидленде их всего около 24 тыс. на 5.2 млн. населения) и низкий уровень госпитализации населения — в том же Вестмидленде за 1994 г. он составил около 120 госпитализаций на 1000 жителей, а также короткие средние сроки пребывания больных в стационаре — 4 - 5 дней. Весьма важным представляется тот факт, что значительное число плановых операций (до 50%) делается в однодневных стационарах.

В то же время следует отметить, что в Великобритании очереди на плановую госпитализацию достигают 9 месяцев.

Система финансирования здравоохранения

В Великобритании относительно невысокий (для развитых стран) уровень затрат на здравоохранение — около 6,2% валового национального продукта. Так, например, в США на одного жителя тратится в год на эти цели 1252 ф. ст., в то время как в Великобритании всего лишь 423 ф. ст.

В настоящее время в стране действует следующая система финансирования национальной системы здравоохранения NHS.

В Минздрав поступают финансовые средства за счет общей системы налогов (83,9% расходов на NHS) и из так называемой национальной системы страхования (12,7%) — по сути системы специальных налогов, растворенных в общей налоговой системе. Непосредственный вклад пациента в финансирование NHS — всего лишь 3,4%.

В 1995 г. бюджет NHS составит 41,5 млрд. ф. ст.

Полученные средства расходуются следующим образом:

54,2% — стационарная помощь;

24,2% — первичная медицинская помощь;

8,6% — сестринская служба ухода;

13,0% — прочие расходы (целевые программы и т.д.),

Эти средства распределяются по РУЗ, которые затем финансируют МУЗ, УСЗ и ОВП-фондодержателей (фактически — через УСЗ).

Напомним, что МУЗ являются основными покупателями услуг вторичного сектора медицинской помощи, принадлежащего государству, тогда как УСЗ финансируют независимый первичный сектор.

Соответственно, финансовые ресурсы, выделяемые УСЗ являются, по английской терминологии, лимитируемыми фондами, тогда как большая часть средств, выделяемых УСЗ, относятся к нелимитируемым фондам (последнее носит весьма условный характер). Для УСЗ к лимитируемым фондам относят расходы на управление, содержание неврачебного персонала ОВП (за счет лимитируемых статей покрывается 70% затрат на оплату труда этих категорий персонала), расходы на содержание или аренду зданий ОВП, а также затраты на компьютеризацию ОВП. Лимитируемые расходы УСЗ составляют около 10% их затрат. Остальные расходы ОВП, финансируемые УСЗ, также весьма жестко устанавливаются и контролируются.

Лимитируемые расходы МУЗ финансируются по взвешенной подушевой формуле (финансирование на одного жителя в зависимости от ряда факторов). Основными компонентами формулы являются:

- возрастная структура;
- заболеваемость населения;
- социальные факторы (уровень бедности и т.д.)

МУЗ заключают с трастами (госпиталями и службами ухода) контракты на предоставление медицинской помощи населению района и финансируют их (преимущественно, методом глобального бюджетирования). При этом в контрактах обязательно устанавливаются объемные показатели и показатели эффективности, что и позволяет в частности, регулярно снижать среднюю длительность госпитализации.

Для финансирования первичной медицинской помощи применяется смешанная схема финансирования.

Средства, выделяемые УСЗ, распределяются следующим образом:

46,3% на лекарства для амбулаторного лечения;

37,4% на содержание ОВП;

16,5% на стоматологическую помощь;

2,5% на офтальмологическую помощь.

Лекарства для амбулаторного лечения по рецепту врача общей практики покупаются пациентами по фиксированной цене 5,25 ф.ст. за выписку рецепта независимо от их истинной цены.

При этом основная часть пациентов (до 90%) вообще освобождена от их оплаты. Остальные средства доплачивает УСЗ, которое жестко контролирует выписку рецептов (из определенного списка относительно недорогих лекарств, выпускаемых, преимущественно, в Великобритании).

Схема оплаты лекарств следующая. Пациент в аптеке оплачивает за рецепт 5,25 ф. ст. Далее рецепт из аптеки поступает в подразделение по контролю за лекарственными средствами. Там проверяется соответствие лекарства утвержденному списку и обоснованность цены (в Великобритании правительство заключает с производителями медикаментов договор о ценах на лекарства и налоговых льготах фарминдустрии). После проверки счет направляется для оплаты оставшейся суммы по контрактной цене или в УСЗ или, для ОВП-фондодержателей — непосредственно в практику.

Врач ОВП получает от УСЗ финансовые средства следующим образом: (данные Нортхемпшира):

60%	по подушевому нормативу на каждого прикрепившегося пациента (предел на 1 врача — 3,5 тыс. пациентов);
19%	за отдельные услуги (наблюдение за беременными, визиты к пожилым пациентам и т.д.);
11%	выплаты за стаж;
10%	оплата расходов ОВП:
	зарплата работников (70% затрат);
	содержание здания;
	обработка данных.
	Выплаты врачу за стаж:
до 7 лет	— 415 ф. ст.;
до 14 лет	— 2165 ф. ст.;
свыше 21 года	— 4600 ф. ст.
	Существуют также выплаты за участие в подготовке новых врачей, за отдаленность.

Подушевой норматив устанавливается в 1995 г. следующим:

пациенты менее 65 лет	— 14,30 ф. ст.;
66 - 75 лет	— 18,85 ф. ст.;
более 75 лет	— 36,45 ф. ст.

Примеры оплаты услуг:

за регистрацию и обследование нового пациента	— 6,5 ф. ст.;
осмотр ребенка до 6 лет	— 10,35 ф. ст.;
ночной визит к пациенту	— 20 ф. ст. Существует система премирования за иммунизацию — премия начисляется, начиная с определенного процента иммунизированных и резко увеличивается при высоком уровне иммунизации.

Средний уровень дохода врача ОВП — около 50 тыс. ф. ст. в год, что примерно в 2,5 раза выше среднего по стране.

Реформа системы финансирования

В Великобритании поставлена задача увеличить объем оказания первичной медицинской помощи за счет сокращения объемов дорогой вторичной помощи.

Для этого применяется метод передачи части финансовых фондов на оплату вторичной помощи ОВП. Эти практики, называемые ОВП-фондодержателями, имеют средства на оплату примерно 30% вторичной помощи (за исключением дорогостоящей — свыше 6000 тыс. фунтов, острой, неотложной и т.д.).

Интересно, что социально значимые виды помощи — например, психиатрическая, — подлежат оплате ОВП-фондодержателями. В результате уже сейчас слышны разговоры о том, что идет недофинансирование дорогой психиатрической помощи. ОВП-фондодержатели оплачивают также стоимость лекарств, выписанных ими пациентам.

Выделение ОВП-фондодержателям финансовых фондов на оплату вторичной помощи осуществляется на основе учета предыдущих затрат практики. В принципе, умные врачи, нарастив в период подготовки к введению фондодержания расходы на вторичную помощь, могут затем жить вполне безбедно. Такой принцип финансирования серьезные нарекания и сейчас готовится переход к финансированию ОВП-фондодержателей по взвешенной подушевой формуле.

Стационары предоставляют услуги ОВП-фондодержателям по договорным ценам в условиях ценовой конкуренции, что в большинстве случаев вполне реально, учитывая высокую транспортную доступность — в Англии дороги очень хорошие и подавляющая часть населения имеет автомобили. Контракты заключаются в начале года. В среднем в бюджете стационаров средства ОВП-фондодержателей составляют всего около 10%. Тем не менее пациенты таких практик, как правило, имеют преимущество при получении услуг.

ОВП-фондодержатели отдельно оплачивают стоимость лекарственных средств, израсходованных в стационаре при лечении их пациентов. Это решение представляется спорным. Во-первых, при этом стационары не имеют мотивов для эффективного использования средств на медикаменты. Во-вторых, сами ОВП не могут эффективно влиять на расходование медикаментов в стационарах. Поэтому представляется рациональным включение стоимости медикаментов в тарифы на услуги стационара (по законченному случаю).

Финансовые средства, которые сэкономили ОВП-фондодержатели, они могут использовать только на развитие практики, организацию и покупку новых услуг для пациентов и т.д. Использование этих средств на оплату труда ОВП запрещено. Тем не менее, экономическая мотивация для эффективного расходования средств существует, так как развивая практику, ОВП-фондодержатели увеличивают свою собственность, а привлечение дополнительных пациентов увеличивает их гонорары. Таким образом усиливается конкуренция в секторе первичной медицинской помощи.

По существующей статистике, ОВП-фондодержателями экономится около 5% выделенных фондов.

Дополнительная экономия финансовых средств может быть получена ОВП-фондодержателями за счет использования так называемых общинных стационаров, широко распространенных в Великобритании. Это небольшие (около 50 коек) больницы, большинство которых построено в конце прошлого — первой половине нынешнего века как благотворительные госпитали.

Такие больницы не имеют своего врачебного персонала. Большинство услуг (простая неотложная помощь, малая хирургия, реабилитация пожилых пациентов) оказывается сестрами. В качестве врачебного персонала используются врачи общей практики и консультанты, приглашаемые на конкретные виды деятельности (например, малую хирургию) по контракту на

определенное время. Стоимость лечения, а также оказания амбулаторных услуг в таких стационарах значительно меньше, чем в высокооснащенных крупных госпиталях. Кроме того, наличие таких больниц, приближенных к населению, увеличивает доступность медицинской помощи.

Мы посетили объединение (траст) из шести таких больниц, одна из которых — психиатрический стационар на 50 коек с прекрасными условиями пребывания (одноместные палаты со всеми удобствами). Следует отметить, что в Великобритании взят курс на максимальное сохранение психических больных в обществе, и идет сокращение крупных специализированных стационаров.

Переход ОВП к фондодержанию — дело сугубо добровольное и ему предшествует тщательная подготовка. Как правило, фондодержание разрешается групповым практикам, где снижается индивидуальный риск.

К марту 1995 г. 36 процентов ОВП были фондодержателями. Ожидается, что с 1 апреля 1995 г. (начало нового финансового года) это число возрастет до 46 процентов.

Следует отметить, что отношение в Великобритании к фондодержанию весьма неоднозначное. В большинстве управленческих структур, которые мы посетили, в Королевском колледже ОВП, Британской медицинской ассоциации мы встретили весьма прохладное отношение к этой идее.

Такая позиция чиновников, впрочем, вполне понятна — от них уходят деньги, а значит и власть.

В принципе, этот сценарий нам знаком по опыту внедрения фондодержания в 1988 г.

Тем не менее у противников фондодержания имеются и достаточно здравые аргументы. Так, например, они вполне резонно считают, что выделение ОВП фондов на оплату вторичной помощи в соответствии с предыдущими затратами стимулирует неэффективное их использование на подготовительном этапе и несправедливо. Правильен и аргумент о том, что достаточно слабо проработаны вопросы финансовой устойчивости ОВП-фондодержателей.

Нам показалось вполне резонным и рассуждение о том, что опыт ОВП-фондодержателей слабо изучается и анализируется. Во всяком случае нам не был представлен анализ социальных, медицинских и экономических результатов трехлетней практики фондодержания в Великобритании.

В последнее время происходит развитие идеи фондодержания.

Один из вариантов — кооперация ОВП-фондодержателей для управления фондами, предназначенными для оплаты вторичной помощи. В Бирмингеме создан такой мультифонд, объединяющий ОВП, которые обслуживают 270 тыс.

населения. Для управления фондом создан комитет врачей. Для облегчения координации практики разбиты на группы по 7 - 8 врачей, из которых один старший (некий аналог наших терапевтических отделений). Для управления финансовым фондом нанят специальный аппарат (более 20 человек).

Интересно, что при этом фонды конкретных врачей не могут смешиваться и передаваться один другому (то есть вопросы устойчивости остаются в значительной мере открытыми). Экономия возникает только за счет кооперации по оплате аппарата, управляющего фондами. Нелишне подчеркнуть, что при этом врачи ОВП остаются полностью независимыми частными врачами со своими индивидуальными контрактами.

Другое направление реформ — передача всех средств на оплату вторичной помощи ОВП. Подобный опыт был продемонстрирован нам в пригороде Бирмингема — Бромсгрофе.

В этом городе 22 врача, обслуживающих 40 тыс. населения объединились в 4 практики, которые создали комитет из руководителей этих ОВП. Этому комитету местное УСЗ передало право управлять всеми финансовыми фондами на оплату вторичной помощи (пока на счете и под контролем УСЗ).

Комитет для управления фондами нанял небольшой (5 человек) технический аппарат, но все принципиальные вопросы использования средств решает сам. Нам показалось, что и здесь вопрос управления финансовыми рисками (превышение потребностей в финансировании вторичной помощи на величину фонда) проработан недостаточно. Пока предполагается, например, что катастрофические риски возьмет на себя УСЗ. Но это возможно до тех пор, пока методом полной передачи ОВП фондов на вторичную помощь обслуживается лишь четверть населения, закрепленного за УСЗ.

Представляется, что проблему можно было бы решить, застраховав финансовые риски в обычной страховой компании.

Практики активно занимаются снижением затрат на вторичную помощь, в чем большую роль играет сестринский персонал. Сестры ежедневно выясняют в госпиталях сведения о пациентах, находящихся в стационарах, а также посещают стационары и выясняют состояние этих пациентов и их готовность к переходу на следующий этап. Практики Бромсгрофа арендуют специальную палату для реабилитации больных, активно пользуются услугами сестринской службы ухода, в одной из практик сами создают аналогичную службу. В беседе ими было высказано мнение, что наши, хорошо оснащенные аппаратурой и персоналом поликлиники могут дать большой эффект при переносе центра тяжести медицинской помощи на амбулаторный этап. Заметим, что при этом они не учитывали, что весь персонал поликлиник является госслужащими.

Предоставление большей самостоятельности низовым звеньям ведет к необходимости реформирования органов управления здравоохранением. С

1.04.95 г. сливаются в единый орган УСЗ и МУЗ, число РУЗ сокращается в дальнейшем с 14 до 8.

Тем не менее представляется, что пока в Великобритании нет окончательной картины дальнейшего хода реформ, порядка преобразования аппарата управления.

Существует, например, мнение, что объединенные фондодержатели на демократической основе передадут управление своими фондами неким будущим структурам управления и возникнет нечто, напоминающее американские организации по поддержанию здоровья (ОПЗ). Но в ОПЗ ядром системы является экономически мотивированная страховая компания, а какие мотивы будут двигать местный аппарат управления? Кроме того, опыт ОПЗ неоднозначен и сам нуждается в осмыслении.

Некоторые выводы

Системы здравоохранения России и Великобритании имеют много сходных черт, но немало и принципиальных отличий.

Сходство обеих систем прежде всего в том, что обе они ориентированы на предоставление всему населению доступной и бесплатной в момент потребления медицинской помощи. Обе системы реализуют государственные гарантии и достаточно жестко регулируются государством.

В то же время система здравоохранения России значительно более децентрализована, в ней выше права и степень независимости областей (субъектов Федерации) и муниципальных структур. Российская система в основном управляется местными властями, тогда как английская — центральными. Степень свободы медицинских учреждений (особенно в вопросах оплаты труда) также значительно выше в России, чем в Великобритании.

При этом достаточно спорен вопрос о том, является ли столь сильная децентрализация управления достоинством в условиях жесткого экономического кризиса.

Реформа национальной системы здравоохранения Великобритании проводится поэтапно, с учетом национальных особенностей и традиций. Основной целью реформы является повышение эффективности системы здравоохранения, предоставление пациенту медицинских услуг лучшего качества и в более короткие сроки.

В принципе направление реформ в здравоохранении России и Великобритании одинаково — это разделение производителей медицинских услуг и тех, кто приобретает эти услуги в интересах населения.

В Великобритании это ОВП-фондодержатели и МУЗ, в России — страховые медицинские организации.

Существующая в Великобритании система здравоохранения является относительно недорогой, однако это достигается в том числе и из-за длительных сроков ожидания при получении многих видов медицинских услуг и, как следствие этого — снижения доступности медицинской помощи.

В целом следует отметить, что доступность медицинской помощи в Великобритании хуже, чем в России при том, что на здравоохранение здесь тратится около 500 ф. ст. на человека в год, тогда как, например, в Кузбассе в 1994 г. — в 10 раз меньше.

Косвенным свидетельством неудовлетворенности населения является то, что 11% населения охвачено частным медицинским страхованием. Думается, что этот процент мог быть и выше, но методы оплаты медицинских услуг частными страховщиками ведут к росту стоимости страховок. Кроме того, дострахование (то есть оплата страховщиками медицинских услуг для застрахованных дополнительно к их финансированию государством) невозможны, что удорожает частные медицинские страховки и снижает доступность этого вида страхования.

Сильной стороной здравоохранения Великобритании являются частные независимые, но полностью интегрированные в национальную систему здравоохранения ОВП. Весьма продуманной представляется система их финансирования. Врачи ОВП, являясь собственниками, обладают определенной независимостью и, за счет весьма рациональной системы их финансирования имеют высокую мотивацию для эффективной деятельности. Они конкурируют за пациентов.

В то же время следует отметить, что большинство ОВП оснащены достаточно слабо и многие виды амбулаторных услуг пациенты вынуждены получать в госпиталях (здесь выручает высокая транспортная доступность — наличие автомашин в большинстве семей). Однако у бедных граждан, не имеющих личного транспорта, возникают серьезные проблемы. Кроме того, время доступа к амбулаторным услугам стационара зачастую весьма велико.

Поэтому перенос части амбулаторных услуг, оказываемых в госпиталях, в ОВП — оправдан и реализуется в практике фондодержания.

В этом смысле стоит еще раз переосмыслить роль наших поликлиник и оценить с точки зрения эффективности необходимый уровень оснащения ОВП.

Следует весьма высоко оценить систему оплаты лекарств в амбулаторной сети преимущественно за счет общественных средств при наличии весьма жесткой системы контроля за выпиской лекарственных средств по утвержденным контрактным ценам. В наших условиях лекарственное обеспечение становится важной политической проблемой. Многие эффективные лекарства становятся недоступными для социально незащищенных слоев населения. Все это требует срочных мер по исправлению сложившейся ситуации.

Другой особенностью британской системы здравоохранения является то, что ограниченные в экономических мотивах государственные госпитали являются весьма эффективными организациями, среднее время пребывания больных в которых в несколько раз меньше сложившегося в Кузбассе. При этом срок пребывания больных в госпиталях за последние 10 лет сокращен почти в 2 раза. Обращает на себя внимание высокий процент операций, выполняемых в однодневном стационаре. Все это — результат

целенаправленной политики, проводимой органами управления здравоохранением, что вполне компенсирует расходы на содержание достаточно большого аппарата. Следует отметить, что Минздрав ежегодно устанавливает для органов управления здравоохранением задания по повышению экономической эффективности деятельности здравоохранения.

Следует отметить, что органы управления здравоохранением весьма эффективно пользуются информационными технологиями, чему способствует их высокая техническая оснащенность. Так, УСЗ Бирмингема на 150 сотрудников имеет 102 ПЭВМ и 40 терминалов, 3 сервера (из которых 2 достаточно мощных HP-9000). Используемое программное обеспечение, в принципе, аналогично имеющемуся в Кузбассе. В то же время применяются и весьма дорогие UNIX — базы данных типа клиент-сервер (например, ORACLE).

Региональное УЗ Вестмидленде имеет базу данных о всех случаях госпитализации региона с населением 5,2 млн. человек, без чего невозможен эффективный анализ работы стационаров. В качестве сервера используется DEC ALPHASERVER 2100 с ОП 512 Мбайт и 32 Гбайт памяти на жестких дисках.

Мы в Кузбассе имеем такую базу лишь на население Кемерово и Новокузнецка (при этом данные Новокузнецка на уровне области не используются). Имеется реальная возможность создать такую базу для области в течение года, но необходимы соответствующие инвестиции.

Практически все ОВП оснащены компьютерами — в УСЗ имеется специальная программа информатизации и для ее реализации выделяются соответствующие ресурсы. В результате в УСЗ сформирована база данных на все обслуживаемое население, что позволяет проводить детальный анализ деятельности здравоохранения. В принципе, аналогичные работы ведутся и у нас в области, однако их сдерживает недостаток и хаотический характер инвестиций в технику и разработки. Это говорит о необходимости пересмотра инвестиционной

политики в области информатизации деятельности органов управления и медицинских учреждений Кузбасса.

Повышению эффективности здравоохранения Великобритании способствует наличие единой службы сестринского ухода, что позволяет, в частности, раньше выписывать больных из стационаров.

Особого внимания заслуживает практика фондодержания. Это дело, в котором мы были пионерами и достигли определенных успехов. С переходом к обязательному медицинскому страхованию эти достижения были во многом утрачены. Произошел искусственный разрыв финансирования амбулаторной и стационарной помощи. В результате отсутствия экономических мотивов увеличивается уровень госпитализации, а стационары сдерживают прием тяжелых больных.

Лишенная экономических мотивов поликлиника, являющаяся основой амбулаторной помощи и воротами к остальным видам помощи, слабо влияет на эффективность здравоохранения. Страховые компании не достигли достичь в этом деле результатов.

Необходимо на новой основе вернуться к практике фондодержания (хотя бы частично). Следует разработать программу повышения эффективности деятельности здравоохранения, установить ежегодные задания по этому показателю каждой территории и неуклонно добиваться их выполнения.

При этом ссылки на недостаточность финансирования не являются полностью убедительными для специалистов — ресурсов потому и не хватает, что они используются крайне неэффективно. Если бы мы имели, например, продолжительность пребывания в стационаре хотя бы в 1,5 раза (а не в 4!) больше английской, нам не нужна была бы почти половина нынешних коек и существующих средств, возможно, хватило бы и на содержание системы и на достойную оплату труда персонала.

Опыт эффективного и целенаправленного проведения в Великобритании реформы государственного здравоохранения очень ценен. Этот опыт не лишне было бы перенять нашим федеральным структурам.

Кузбасс, уже длительное время проводящий реформы, является подходящим местом для сотрудничества в этой сфере, поскольку сходство систем здравоохранения позволяет сделать вывод о целесообразности определенной кооперации с Великобританией при проведении реформ, что может дать определенный эффект.

Приложение 2

Организация системы медицинского страхования в Японии

С 22 июня по 1 июля 1993 г. группа работников здравоохранения и медицинского страхования Российской Федерации, а также некоторых других республик бывшего СССР, проходила обучение в Японии, в Бизнес-школе компании "Искра индастри, ЛТД". Предметом изучения были вопросы организации медицинского страхования в Японии, а также принципы организации здравоохранения этой страны.

Настоящий материал написан на основе сведений, полученных в процессе обучения.

Здравоохранение Японии, в отличие от большинства европейских стран, базируется, преимущественно, на частных медицинских учреждениях (их свыше 80%). Государственные медицинские учреждения — это, прежде всего, бывшие военные госпитали, развернутые в довоенный и военный период для целей обороны. Многие из них находятся в труднодоступной и малонаселенной местности и в настоящее время возникает проблема их загрузки. Кроме того, в государственной собственности находится ряд санаториев, преимущественно противотуберкулезных.

Ряд медицинских учреждений принадлежат страховым организациям (в основном — страховым обществам крупных компаний), а также сельским кооперативам. Остальные медицинские учреждения являются частными, но имеют статус, аналогичный статусу некоммерческих организаций. Прибыль от их деятельности не может выплачиваться в виде дивидендов на вложенный капитал, а направляется на развитие самого учреждения. Государственных дотаций (даже на приобретение дорогостоящего оборудования) не существует, развитие материальной базы ведется, как правило, за счет кредитов банков.

Медицинское учреждение должно быть аккредитовано для деятельности в системе медицинского страхования.

Медицинские учреждения подразделяются в Японии, в основном, на два вида: поликлиники и стационары. При этом под поликлиникой понимается медицинское учреждение, которое может оказывать не только амбулаторную, но и стационарную помощь (с числом коек меньше 20). В свою очередь стационары, как правило, обладают собственными поликлиниками.

Число стационаров в Японии — около 10 тыс., число поликлиник — 81 тыс., из них 23,6 тыс. — с больничными койками. Имеется также 52 тыс. стоматологических кабинетов. Свыше 30% стационаров принадлежит отдельным врачам, 42% — юридическим лицам (зачастую — группам врачей).

Около 80% больниц имеют мощность менее 300 коек, в том числе около 50% — менее 100 коек.

Обращает на себя внимание большая средняя длительность госпитализации в Японии — за 1990 г. — 44,9 дня, в том числе в соматических больницах — 40,6, в поликлиниках — 28,2.

Граждане Японии имеют право свободного выбора медицинского учреждения, в том числе стационара. Значительная их часть стремится госпитализироваться в крупные, хорошо оснащенные стационары (в том числе — университетские клиники). Медицинские учреждения по Закону не могут отказать пациентам. В результате возникает проблема загрузки большого количества небольших учреждений и уменьшения очередности в крупные. Сейчас предпринимаются шаги по законодательному урегулированию этой проблемы.

В Японии число врачей на 100 тыс. населения составляло 171 (1990 г.).

Деятельностью системы здравоохранения Японии руководит Министерство здравоохранения и социального обеспечения (народного благосостояния). Оно несет ответственность как за медицинские, так и за санитарно-эпидемические аспекты здравоохранения, а также силами своего управления социального страхования осуществляет социальное (в том числе медицинское) страхование значительных контингентов населения.

Министерство осуществляет планирование и выработку проектов по страхованию здоровья, гражданским пенсиям (есть еще пенсии фирм), а также осуществляет руководство соответствующими префектуральными органами.

Местные администрации имеют органы (санитарные отделы), осуществляющие общее руководство деятельностью здравоохранения, а также структуры, занимающиеся социальным страхованием.

Система страхования здоровья складывалась в Японии поэтапно, что сказалось на ее структуре. Вначале медицинское страхование было введено для работников крупных предприятий и лишь на последующих этапах в течение нескольких десятилетий к этой системе подключались другие группы населения.

За счет системы медицинского страхования, которая в настоящее время носит в Японии, практически всеобщий характер, осуществляется:

- компенсация населению большей части расходов на медицинскую помощь;
- выплата компенсаций при рождении ребенка;
- выплата пособий по болезни и травме;
- выплата пособий на воспитание ребенка;
- выплата пособий на похороны членов семьи.

Страхование здоровья осуществляется по семейному принципу: страхуется не только страхователь, но вся его неработающая часть семьи. Однако страховые выплаты, как правило, различны для страхователя и членов его семьи.

Всю систему медицинского страхования можно разбить на две группы: национальное страхование и профессиональное страхование.

Система национального страхования осуществляется непосредственно поселковыми, деревенскими, частично городскими органами власти (3253 страховщика) и предназначена для осуществления защиты крестьян, лиц, занимающихся индивидуальной трудовой деятельностью (парикмахеров, ремесленников и т.д.) и имеющих небольшой доход. Страховой взнос в этой системе зависит от величины налогооблагаемого дохода, числа членов семьи и ряда других факторов. Среди застрахованных в этой системе в основном лица с низким доходом, много пожилых людей. Взносы этих категорий населения не покрывают потребности в средствах на оплату медицинской помощи. Поэтому государство за счет бюджета дотирует 50% необходимых расходов.

Система профессионального страхования делится на системы страхования мелких предпринимателей, имеющих достаточно высокие доходы (зубных врачей, адвокатов и т.д.) и страхование лиц, работающих по найму.

Страхование мелких предпринимателей осуществляют 166 обществ гражданского страхования (общества взаимного страхования, построенные по профессионально-территориальному признаку).

Страхование работающих по найму делится на страхование лиц особых профессий и страхование обычных профессий.

Страхование лиц особых профессий осуществляется следующим образом.

- Страхование моряков осуществляет государство;
- Страхование госслужащих и служащих местных органов власти осуществляют 81 общество взаимного страхования (выделенных по профессионально-отраслевой принадлежности и уровню управления);
- Страхование работников частных учебных заведений осуществляет специальное страховое общество.

Страхование лиц обычных профессий осуществляется также двумя путями.

- Работников мелких и средних предприятий с числом работающих менее 300 (если несколько предприятий не объединяются для целей страхования) страхует государство через систему главного управления социального страхования.
- Работников предприятий с числом работающих более 300 и объединившихся работников мелких и средних предприятий страхуют 1823 страховых общества, являющихся обществами взаимного страхования.

Кроме того, за счет специальных отчислений страховых обществ существует специальная система страхования престарелых (лиц старше 70 лет), на оплату медицинской помощи которым требуются значительные средства.

Таким образом действует весьма сложная децентрализованная система медицинского страхования. Отметим, что хотя число страховщиков составляет несколько тысяч, гражданин не имеет возможности выбора страховщика — он определен его статусом.

Другая особенность системы — страхование значительной части населения (свыше 80 млн. человек) — государственными органами и органами местного самоуправления.

Средний заработок работников средних и мелких предприятий не слишком высок, в них выше средний возраст застрахованных, поэтому государство дотирует эту систему (763 млрд. иен в 1992 г. против дотаций национальной системе страхования 2329 млрд. иен).

Имеются различия и в системе взносов на медицинское страхование.

В национальной системе страхования, где страхуются мелкие предприниматели, годовой взнос определяется по следующей формуле:

$G_{вз} =$	$K1 \text{ НД} +$	$K2 \text{ СИ} +$	$6000 \text{ Y Чс} +$	$18000Y (1);$	где
100%	40%	10%	35%	15%	$K1, K2$ — коэффициенты;

НД — размер налогооблагаемого дохода;

СИ — стоимость имущества семьи;

Чс — число членов семьи;

На одного члена семьи — 6 тыс. иен, на семью — 18 тыс. иен.

Примерные процентные соотношения составляющих формулы приведены под ней.

Возможно, что и у нас при страховании крестьян, частных предпринимателей имеет смысл применять аналогичную схему определения размера взноса.

Взносы на медицинское страхование лиц наемного труда, страхуемых государственными и местными органами, составляют 8,2% к размеру оплаты труда, при этом 50% платит сам работник, а 50% — предприниматель.

Страховые общества, за которыми стоит крупный капитал, имеют весьма льготный режим определения размера взносов. Они его устанавливают

самостоятельно, варьируя в диапазоне от 3 до 9 процентов к фонду оплаты труда, в зависимости от потребности в средствах и величины зарплат. Кроме того, страховые общества самостоятельно устанавливают распределение доли взносов, вносимых самим работником и предпринимателем (как правило, предприниматель платит более 5%). Как мы увидим дальше, члены страховых обществ имеют ряд дополнительных преимуществ при страховых выплатах.

В Японии при медицинском страховании используется комбинированная схема оплаты медицинских услуг.

Страховщики не полностью возмещают медицинским учреждениям затраты на оказание медицинских услуг застрахованным. Доля возмещаемых расходов зависит от вида помощи, системы страхования, а также от того, самому страхователю или членам его семьи оказана помощь.

Так, в национальной системе страхования здоровья и страхователь и члены семьи непосредственно в учреждения платят 30% расходов на лечение, в страховых обществах, системе государственного страхования страхователь платит 10% расходов на лечение, а члены его семьи 20% при стационарном лечении и 30% при амбулаторном. В системе страхования престарелых в стационаре застрахованный платит 700 иен в день и 1000 иен в месяц при амбулаторном лечении.

В Японии считают, что система, при которой застрахованный оплачивает часть стоимости медицинских услуг в момент их получения, уменьшает необоснованные обращения за медицинской помощью, показывает населению расходы на медицинскую помощь, стимулирует заботу людей о своем здоровье.

В Японии поставлена задача, чтобы расходы на здравоохранение не превышали 6% валового национального дохода. Государство регулирует расходы на здравоохранение несколькими методами, в том числе и изменяя долю непосредственной оплаты гражданами медицинской помощи. При ее увеличении не только снижается доля расходов страховщика, но и делаются более редкими обращения за помощью, что еще более сокращает расходы системы страхования. Естественно, в этом вопросе необходим разумный компромисс, обеспечивающий необходимую доступность медицинской помощи.

Существует предельная величина прямых расходов пациента на оплату медицинских услуг в месяц. Если эти расходы превышают 63 тыс. иен в месяц, сумма превышения компенсируется страховщиком. Аналогичное ограничение действует и на общую величину расходов на семью. В страховых обществах могут использоваться и более льготные схемы компенсаций.

Страховщики оплачивают медицинские услуги, оказанные застрахованным гражданам медицинскими учреждениями, по так называемой балльной системе. Каждая операция, манипуляция, обследование и исследование оценены в

баллах. Оценки сложились в результате длительного квантификационного процесса. Расценки едины для всей страны и для любых медицинских учреждений.

Стоимость балла пересматривается каждые два года на переговорах Минздрава, страховщиков, ассоциации врачей. В настоящее время стоимость балла — 10 иен. Однако при выборе этой величины учитывается указанное выше ограничение доли расходов на здравоохранение. В результате стоимость операции в Японии в 3 - 4 раза ниже, чем в США, хотя ВВП на душу населения — выше.

Кроме того, страховщики отдельно по единым для всей страны расценкам оплачивают стоимость питания и гостиничные услуги в стационарах.

В Японии для применения в системе медицинского страхования разрешены 14 тыс. лекарств различных производителей. Предельные цены на них устанавливаются государством. В результате конкуренции производители, как правило, продают лекарства медицинским учреждениям по более низким ценам. Каждые два года Правительством производится снижение цен на медикаменты, причем за основу берется средняя фактическая цена на данное лекарство, сложившаяся за последние два года.

Множественность страховщиков привела к необходимости регулирования финансовых потоков в системе медицинского страхования. Введена промежуточная структура — так называемые фонды оплаты медицинских услуг (в определенной мере — аналог апробированного в Кузбассе расчетно-экспертного центра). Медицинские учреждения выставляют счета на оплату своих услуг не страховщикам, а фондам оплаты медицинских услуг (их существует несколько для разных страховых систем). Фонды проверяют счета (наиболее дорогостоящие иногда проверяются даже в Токио, в центральных фондах), а затем предъявляют их страховщикам. Те направляют средства фондам, которые оплачивают услуги медицинских учреждений. В итоге вся процедура оплаты занимает 2 месяца. Представляется, что при росте числа страховщиков возможно и нам придется применять аналогичную схему.

В принципе принятая в Японии система оплаты медицинских услуг провоцирует медицинские учреждения увеличивать валовые показатели — наращивать число исследований, манипуляций, длительность лечения и т.д. Это и показывает чрезвычайно высокая средняя длительность лечения больных в стационаре. Однако жесткая система установления тарифов на услуги и лекарства, углубленный анализ структуры затрат и гибкая реакция государства на ее рост препятствует росту расходов. На наш взгляд, сказывается также присущая японцам дисциплинированность, уважение к закону и власти.

Таким образом, японская система в своей основе сильно отличается от известных моделей социального медицинского страхования. Она в определенном смысле — парадоксальна. Частное в своей основе

здравоохранение и жесткое государственное регулирование тарифов на медицинские услуги. Высокие дорогостоящие медицинские технологии и отсутствие специализации стационаров по уровням, полная доступность для пациента без направления любого медицинского учреждения. Ну и, наконец, непосредственное страхование большей части населения государственными и муниципальными органами (с нашей точки зрения — почти государственная система с целевыми налогами и экономическими отношениями, аналогичными новому хозяйственному механизму) в сочетании с системой страховых обществ, имеющих значительные льготы.

Но эта парадоксальная система имеет результат — самую большую в мире продолжительность жизни, и это при самой низкой среди развитых стран доле расходов на здравоохранение. Опыт Японии, безусловно, требует осмысления и показывает, что путь копирования европейских моделей имеет альтернативы.

Приложение 6

Анализ системы медицинского страхования Германии

Анализ Германской системы медицинского страхования по материалам семинара, проведенного в г. Киле с 7 по 12 декабря 1992 г. Институтом систем здравоохранения для работников здравоохранения Кемеровской области.

Германская система здравоохранения с 1993 г. вступает с период серьезных реформ, направленных в первую очередь на снижение затрат на медицинскую помощь. Число врачей в Германии слишком велико и непрерывно растет:

- 1960 г. 79390 врачей - 703 чел. на врача
- 1980 г. 177001 врачей - 348 чел. на врача
- 2000 г. 216215 врачей - 270 чел. на врача

Среди врачей 40% составляют врачи общей практики, а 60% - узкие специалисты. Оптимальным считается обратное соотношение. Количество коек на 10 тыс. жителей колеблется от 106,9 до 58,7 (среднее - 72,2). В городах функционирует слишком много коек. Затраты на здравоохранение возросли с 9,5 млрд. DM в 1980 году до 141,7 млрд. DM в 1990 г.

Германская система - плюрастическая. Государство берет на себя только законодательные и контролирующие функции, а исполнителями являются самостоятельные организации - больничные кассы, ассоциации врачей. 90% населения охвачено обязательным страхованием, 8% - частным и за 2% неимущих платит государство.

Уровни управления здравоохранением:

- федеральный
- земельный
- местный

Система социального страхования

История социального страхования в Германии берет отсчет с 1881 года.

Действует 4 вида социального страхования:

- 1) пенсионное;
- 2) медицинское;
- 3) от безработицы;
- 4) от несчастных случаев на производстве.

Взносы на социальное страхование устанавливаются в процентах к фонду оплаты труда и составляют в среднем для пенсионного страхования - 18%, медицинского - 13%, от безработицы - 6%. Страхование от несчастных случаев на производстве осуществляет работодатель, и взнос зависит от степени риска.

Взносы по пенсионному, медицинскому страхованию и страхованию от безработицы выплачиваются на 50% работодателем, на 50% - работающим. Взносы платятся при доходе больше 500 DM в месяц. Предельная сумма, с которой берутся взносы - 6000 DM в месяц.

Система обязательного медицинского страхования

Система обязательного медицинского страхования введена в 1883 году.

Социальное (обязательное) медицинское страхование предусматривает:

- диагностику и профилактику заболеваний;
- лечение в амбулаторных и стационарных условиях;
- снабжение лекарствами и вспомогательными средствами при амбулаторном и стационарном лечении;
- выплату пособий в связи с временной утратой трудоспособности (до 6 недель оплачивают работодатели);
- выплата пособий на прерывание беременности, по материнству, по смерти и т.д.

Взнос работающего обеспечивает страхование самого работающего и неработающих членов его семьи. При этом неработающие члены семьи обязаны застраховаться в той же больничной кассе, в которой застраховался работающий. В обязательном страховании взнос не зависит от количества детей в семье.

В структуре застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (92% населения) 44% составляют работающие, 27% - члены семьи, 21% - пенсионеры. Пенсионеры выплачивают 1/3 страхового взноса, а 2/3 выплачивает пенсионный фонд, который формируется из текущих поступлений на основании договора поколений (в отличие от США, где работающие формируют пенсионные фонды для себя).

Структура и деятельность больничных касс

Обязательное медицинское страхование (ОМС) осуществляют некоммерческие страховые организации - больничные кассы (БК). Это - самоуправляемые независимые организации, структура которых определена законодательно. БК управляется собранием представителей, включающим 50% работодателей и 50% работников. Собрание представителей избирает Правление и Президента, который назначает управляющего. Собрание представителей избирается на местном уровне для местных больничных касс из представителей владельцев и работников застрахованных предприятий. Оно избирается на федеральном уровне для больничных касс, имеющих федеральное подчинение (эрзац-кассы).

В Кильской местной больничной кассе собрание представителей состоит из 18 работодателей, 18 работников и 10 запасных членов.

Собрание представителей устанавливает размер страховых взносов. В зависимости от состава и дохода застрахованных разброс взносов составляет от 9 до 15% к фонду оплаты труда. При этом в наиболее невыгодном положении оказывается местная (территориальная) больничная касса, которая обязана застраховать всех. Остальные больничные кассы - моряков, сельскохозяйственных работников, горняков, эрзац-кассы, отбирают застрахованных по профессиональному принципу. В Германии действует около 1200 больничных касс.

Работающий всегда страхуется лично. Так, служащий может застраховаться либо в местной больничной кассе, либо в отделении эрзац-кассы (одновременно там же страхуются неработающие члены его семьи), и его предприятие будет переводить взносы по социальному страхованию в его больничную кассу (БК). БК осуществляют сбор всех взносов по социальному страхованию, перечисляя их потом в соответствующие фонды (пенсионный и т.д.). Однако реально выбрать больничную кассу могут только 50% застрахованных - те, которые могут застраховаться по производственному принципу. Одно из направлений реформы - увеличение возможности выбора. Поскольку тарифы на медицинскую помощь одинаковы для всех касс, и объем помощи они сократить не имеют права (могут только оплачивать дополнительные услуги - по решению собрания представителей), то привлечение необходимых средств достигается за счет установления соответствующего размера страховых взносов. При этом, если создается больничная касса на предприятии с высоким доходом (оно

должно иметь не менее 1000 работающих), может увеличиться размер взноса в местную больничную кассу (за счет ухода из местной кассы застрахованных с высоким доходом). Государство запрещает создание производственных касс, ухудшающих финансовое положение местных касс. Предусмотрены дотации кассам в зависимости от числа застрахованных пенсионеров. Однако удовлетворительного выравнивания размера страховых взносов не происходит. В настоящее время разрабатывается механизм выравнивания, который вступает в действие с 1994 года.

Кассы, действующие на федеральном уровне, могут устанавливать единый размер взноса по всей Германии за счет общих страховых фондов. Пример такой кассы является эрзац-касса Бармер, страхующая служащих. Как правило, размер взноса в эрзац-кассе ниже, чем в местных больничных кассах. Таким образом, служащие имеют возможность выбирать и могут застраховать себя и неработающих членов семьи на более выгодных условиях. Происхождение названий - это касса замещения, т.е. членство в эрзац-кассе замещает членство в других кассах.

Это самая большая касса в Германии, имеет 12,7% от всего страхового оборота, более 9 млн. застрахованных 2400 предприятий, 19 тыс. сотрудников.

В г. Киль на 55 тыс. застрахованных приходится 170 сотрудников БК Бармер. Управление осуществляет директор, его заместитель и советник по связи с предприятиями. Основные отделы - отдел проверки своевременности и полноты платежей предприятия, отдел обслуживания застрахованных, который выдает полисы и прикрепительные талоны и фиксирует все случаи получения медицинской помощи, случаи утраты трудоспособности, выплачивая пособия, финансовый отдел. 13 филиалов Кильской эрзац-кассы Бармер имеют небольшой состав - 4-5 человек (директор, заместитель, 2-3 сотрудника). Агентской сети нет. Затраты на ведение дела составляют 6% собранных страховых взносов (в среднем по Германии на ведение дела тратится 7%). Размер резерва равен месячной сумме расходов БК. В 1991 г. Бармер собрал больше, чем истратил, поэтому в 1992 г. размер взносов был понижен. Но расходы возрасли, и к сентябрю дефицит составил 1,8 млрд. ДМ, поэтому с октября 1992 г. размер взносов повышен с 12,3% до 13,5%. Бармер управляется федеральным собранием представителей, переизбираемым каждые 6 лет.

Все эрзац-кассы перечисляют взносы в центральный фонд и финансируются по фактическим затратам на медицинскую помощь. Все финансовые операции осуществляются в компьютерной сети с помощью спутниковой связи. В кассах ведутся компьютерные банки, содержащие детальные сведения о каждом застрахованном. Сотрудники БК получают фиксированные должностные оклады.

Среди всех застрахованных по обязательному страхованию 35-40% застрахованно местными БК, 20% - производственными, остальные - эрзац-кассами.

БК каждого вида образуют свои ассоциации на уровне земли. Эти ассоциации гарантируют застрахованным предоставление медицинской помощи, заключают договора с ассоциациями кассовы врачей, ведут переговоры с больницами, организуют подготовку кадров.

Так, ассоциация местных БК земли Шлезвиг-Гольштайн организовала подготовку кадров для 16 местных больничных касс земли Шлезвинг-Гольштайн в обучающем центре АОК. В 16 местных БК работает 2200 сотрудников, которые обслуживают 650 тыс. застрахованных (примерно 1 сотрудник на 300 застрахованных). Ежегодно требуется обучить около 200 человек и усовершенствовать 100 человек. Начальное обучение (после общеобразовательных школ) проводится в течение 3-х лет, при этом 50% времени занимают лекции, а 50% - стажировка на рабочих местах в БК. Окончившему обучение гарантируется трудоустройство в БК. Набор производится по объявлению, требуется пройти конкурсный отбор. Конкурс составляет порядка 100 человек на место. Работа в БК считается престижной и относится к высокооплачиваемым профессиям.

Общих ассоциаций всех видов больничных касс (местных, производственных, эрзац-касс) на уровне земель нет. Такая ассоциация существует только на федеральном уровне.

Частное медицинское страхование

Частным медицинским страхованием занимаются 52 коммерческие страховые компании, в которых застраховано 7 млн. жителей, имеющих доход более 6000 DM в месяц (из 18% населения, имеющих доход более 6000 DM в месяц, в системе частного медицинского страхования застраховано 8%).

Частное страхование построено на индивидуальном принципе - для каждого застрахованного рассчитывается степень риска, от которой зависит страховой взнос. В дальнейшем размер взноса не меняется.

Застрахованный по частному страхованию имеет право:

- выбрать время для плановой госпитализации;
- выбрать врача в стационаре;
- находиться в одно-двухместной палате (если средняя стоимость койко-дня 83,5 DM, то за двухместную палату надо доплачивать 75 DM в день, а за одноместную - 150 DM в день).

Гонорар врачей по частному страхованию выше, чем по обязательному, но больницы могут иметь не более 40% частных застрахованных (реальный процент - 15-20). При нарушении прав застрахованного по обязательному страхованию, он может обратиться с жалобой, и больница рискует потерять право на лечение частных пациентов.

При частном страховании, в отличие от социального, где медицинские услуги оплачивает БК, пациент сам оплачивает медицинскую помощь, а затем предъявляет счет страховой компании. Она, как правило, возмещает 70-90% расходов (при этом взнос значительно меньше, чем при 100% возмещении). Возвратность средств обычно реализуется путем снижения взноса при возобновлении договора.

Частное страхование существует в двух видах:

- полное, при котором застрахованный не имеет права на обязательное страхование;
- частичное, когда застрахованный имеет право на обязательное страхование и дополнительные услуги (например, чиновники).

В Германии твердо убеждены в необходимости разделения обязательного и частного страхования и недопустимости совмещения этой деятельности одним юридическим лицом.

Больничный сектор

В Германии существуют больницы 4 видов:

- 1) государственные;
- 2) частные (порядка 1000 небольших больниц, как правило специализированных);
- 3) Красного креста;
- 4) церковные и др. благотворительных фондов.

В больничном секторе работает 92 600 врачей.

Больницы дифференцированы - для острых больных (пребывание до 3-4 недели), хроников (пребывание 9-12 недель) и сестринского ухода. Как правило, они управляются менеджерами. В Германии больницы финансируются из двух источников бюджета (8,2% общего бюджета) - на приобретение оборудования, строительство, ремонт. Бюджет выделяется по нормативам в зависимости от количества койко-мест и по целевым заявкам.

Текущее содержание больниц (30% общих затрат) оплачивают больничные кассы. Больница представляет страховщикам годовой бюджет на текущее содержание (зарплата, питание, медикаменты и пр.), исходя из 90% занятости койки в год. Переговоры ведутся с представителями всех БК, пока не будет достигнуто единое соглашение по ставке дневных издержек (стоимости койко-дня).

Государство устанавливает максимальный процент роста стоимости больничной помощи.

Если фактические затраты больницы превышают установленную тарифную ставку, то 75% недостающих средств компенсируется, а 25% больница должна компенсировать сама.

Пациент участвует в издержках, доплачивая 15 DM за каждый день пребывания.

Больничные нормативы:

- 17 больных на врача лечебного отделения;
- 2,7 больного на медсестру

В Германии недовольны ростом стоимости больничной помощи. В связи с неэффективностью существующей системы оплаты, реформа системы здравоохранения предусматривает переход на оплату по методу, близкому к методу КСГ - оплату по заранее рассчитанным тарифам не законченные случаи лечения в разрезе нозологических группировок с учетом сопутствующих факторов.

Врачебно-амбулаторный сектор

Врачебно-амбулаторный сектор Германии представлен независимыми частными врачами, владельцами собственных приемных - врачами общей практики (ВОП) и узкими специалистами. Это - 75300 врачей, из них 14700 (19,5%) работают в групповых практиках.

Из каждых 100 случаев обращения за медицинской помощью 50,5% - обращения к ВОП, 40% - обращения к узким специалистам, 9,5% - госпитализация.

На 20 тыс. населения приходится 25 врачей, из них 8 - ВОП.

В Германии произошел неоправданный перекос в сторону развития специализированной помощи, реформа здравоохранения призвана увеличить роль ВОП.

Врачи общей практики:

- проводят 68% всех консультаций;
- выдают 75% листков нетрудоспособности;
- выполняют 90% посещений на дому;
- дают 65% направлений в больницу;
- дают 90% направлений к узким специалистам;
- выписывают 75% лекарств.

Они несут ответственность за больного 24 часа в сутки, без выходных дней. Пациент 1 раз в квартал получает в своей БК прикрепительный талон, который приносит выбранному врачу. Врач регистрирует пациента, и в течение квартала

фиксирует всю оказанную помощь в этом талоне, сдавая его по концу квартала для оплаты. Все проблемы пациента решает его ВОП. Он оказывает ему помощь в течении дня, сам выбирая границы своего рабочего времени. Как правило, это время с 8 утра до 8 вечера, но иногда - с 6 утра до 10 вечера. Врач сам решает, будут ли у него выходные и сколько. На то время, когда он отдыхает (ночь, выходные) врач обязан организовать и оплатить оказание неотложной помощи своим пациентам. Обычно несколько врачей совместно оплачивают врача неотложной помощи. Так же совместно они предпочитают содержать лаборатории (это экономичнее), делая самостоятельно только самые экстренные исследования. ВОП может направить пациента к любому узкому специалисту, выдав ему листок-направление. Но все исследования, которые назначит специалист, оплатит ВОП.

В Германии действует оригинальная система оплаты врачей амбулаторного сектора - эту оплату проводит ассоциация этих же врачей. Врач, желающий работать в системе обязательного медицинского страхования, обязан вступить в ассоциацию кассовых врачей. Это - самоуправляемая независимая организация, действующая на основании соответствующего Закона. Она при участии органов управления здравоохранением заключает соглашение с больничными кассами об общем размере средств, выделяемых на врачебно-амбулаторный сектор.

В дальнейшем ассоциация сама ведет расчеты с врачами.

Органы медицинского страхования совместно с врачебными ассоциациями и органами управления здравоохранением разрабатывают шкалу гонораров за каждую услугу. В соответствии с утвержденным списком услуг, оплачиваемых страховыми организациями, каждой из них придается определенный балл. Шкала представляет собой набор относительных величин, отражающих соотношение стоимости разных услуг. Каждой услуге соответствует код и число баллов. Раз в квартал врач сдает в страховую организацию прикрепительные талоны пациентов, где указаны по всем датам посещений коды оказанных услуг. Эти данные вводятся в компьютерную систему. Подсчитывается общее число баллов, заработанных всеми врачами, и определяется денежное выражение одного балла. Квартальный доход каждого врача определяется путем умножения "цены" балла на их общее число.

Компьютерная система позволяет выбрать тех врачей, которые набрали слишком много баллов и слишком часто направляли больных к консультантам. Ассоциация имеет право предупредить врача и не заплатить ему полный гонорар. Если врач не согласен с решением ассоциации, он может опротестовать его в арбитражном суде, состоящем на 50% из представителей ассоциации врачей и на 50% из представителей больничных касс. В эти же суды могут обращаться и пациенты.

Ассоциация кассовых врачей занимается контролем качества - 5-10% случаев подлежит проверке.

Стоматологическая помощь оплачивается аналогично ассоциацией врачей - стоматологов, которая согласовывает с больничными кассами стоимость 1 балла.

В последнее время в Германии начали появляться дома врачей, где независимые врачи совместно используют оборудование и приемные. Не следует путать с нашими поликлиниками, где врачи являются наемными работниками.

Медикаментозное обеспечение

Обеспечение лекарствами организована на уровне частной промышленности. В Германии 1,5 тыс. фармацевтических фирм с оборотом 13,6 млрд DM. Оборота оптовой торговли - 2,2 млрд DM (оптовая наценка 13-17%). Оборота аптек составляет 5,6 млрд DM. Половина лекарств реализуется через государственные аптеки, половина - через частные. В Германии 20 тыс. аптек, 1 аптека на 4 тыс. жителей. Каждый фармацевт может, получив государственное разрешение, открыть аптеку, но только одну. Аптекари добровольно вступают в ассоциацию аптекарей, представляющую их интересы в переговорах с больничными кассами. Одновременно все врачи-фармацевты обязаны вступить в ассоциацию фармацевтов. В Германии в системе обязательного страхования лекарства по рецептам врачей, работающих с БК, как правило, продаются пациентам за символическую плату - 3 DM (кроме детских рецептов - здесь доплата не требуется). Больничные кассы возмещают аптекам стоимость лекарств по ценам, не превышающим предельной, установленной для каждого лекарства. БК получают 5% оборота аптеки. Если стоимость какого-либо аналога превышает предельную, то пациент доплачивает разницу. С 1.01.93г. доплата пациентов за лекарства дифференцируется:

- до 30 DM - 3 DM
- до 50 DM - 5 DM
- больше 50 DM - 7 DM

Это сделано с целью снизить перепотребление дорогих лекарств.

Кроме того, аптеки заинтересованы в продаже дешевых лекарств - торговая наценка на них значительно выше:

- до 2 DM - 68%
- до 10 DM - 60%
- больше 70 DM - 30%

Стоимость лекарств установлена единой по всей Германии. Осуществляется компьютерная обработка всех рецептов.

В год житель потребляет лекарств в среднем на 274 марки.

Застрахованные по частному медицинскому страхованию лично оплачивают лекарства, а затем предъявляют оплаченные рецепты в страховые компании. Рецепты в частном и обязательном страховании выдаются разного цвета.

Больничные отделы аптек обслуживают ежедневные заявки больниц. Эти отделы имеют 4-х недельный запас медикаментов. Аптека два раза в год проводит проверку больниц - первый раз визуальную, проверяя сроки годности и условия хранения лекарств, второй раз - производя полную инвентаризацию.

В аптеках существуют небольшие коммерческие отделы. Аптеки не имеют право заниматься рекламой.

Ассоциация врачей

В Германии действует 2 формы врачебных ассоциаций:

- с обязательным членством;
- с добровольным членством.

К ассоциациям с обязательным членством, деятельность которых регулируется законодательно, относятся:

- 1) ассоциация врачей, в которую входят все работающие и неработающие врачи Германии. Она обычно оформлена на уровне земли;
- 2) ассоциация кассовых врачей;
- 3) ассоциация врачей-стоматологов;
- 4) ассоциация врачей-фармацевтов.

Эти ассоциации, являясь независимыми, самоуправляемыми организациями, выполняют функции, которые в других странах выполняют органы государственного управления.

Так, ассоциация врачей земли Шлезвиг-Гольштайн имеет 200 освобожденных работников. Взносы врачей составляют от 100 до 3000 DM в год в зависимости от дохода.

В парламент ассоциации выбирается 1 представитель от 150 врачей.

Представитель Минздрава входит в правление ассоциации, имеет право затребовать любые документы и выдать ассоциации предписание, обязательное для выполнения. Однако, государственные органы редко вмешиваются в дела ассоциации.

Добровольных ассоциаций сотни.

Среди наиболее известных - Гартман-Союз, объединяющий 35 тыс. врачей, который борется за их права.

Марбургский союз объединяет около 45 тыс. врачей, работающих по найму. Практически он превратился в профсоюз, который заключает тарифные соглашения с работодателями.

Существует по два профессиональных союза по каждой специальности - один занимается научными проблемами, другой - защищает экономические интересы.

На земельном и федеральном уровне действует союз главных врачей.

Правительство активно консультируется с профессиональными союзами.

Заключение

Германская система здравоохранения, имеющая наибольший опыт в системе социального медицинского страхования, представляет большой интерес для нашей страны.

Это не значит, что мы должны копировать Германскую модель. Дороговизна системы, отсутствие социальной справедливости при уплате страховых взносов в различные БК, неэффективная система оплаты медицинской помощи - все это повторять не стоит. Реформа Германской системы здравоохранения предусматривает устранение этих недостатков.

В то же время, многие характеристики Германской модели важно не упустить при создании и развитии системы медицинского страхования у нас:

- I. Социальная справедливость при получении медицинской помощи - объем и качество помощи никак не зависят от размера уплаченных взносов (однородность обслуживания при многообразии финансирования);
- II. Четкое разделение обязательного и частного страхования.

Частное страхование дает преимущества только сервисного характера. Оно проводится отдельными юридическими лицами, которые не занимаются обязательным страхованием.

III. Защита интересов пациентов, застрахованных по обязательному страхованию: установлены квоты на право обслуживать частных пациентов.

IV. Участие пациентов в издержках на здравоохранение:

A. уплата 50% взноса из своего заработка;

B. доплата при лечении в стационаре;

X. доплата за лекарства.

V. Страхование работающими не только себя, но и неработающих членов семьи.

VI. Погружение частного врачебно-амбулаторного сектора в общественное

здравоохранение через договора с больничными кассами.

VII. Преобладание государственных и общественных больниц в больничном секторе.

VIII. Поручение государством своих функций самоуправляемым независимым организациям - больничным кассам и ассоциациям врачей с обязательным членством.

Действительно, государство ответственно перед обществом за предоставление каждому члену социальных гарантий, но реализацию этих гарантий оно передает самоуправляемым, независимым организациям, которые управляются выборными собраниями представителей, а не государственными чиновниками. Это позволяет работникам, работодателям, врачам реально влиять на функционирование системы социального медицинского страхования. При этом государство контролирует соблюдение этими независимыми организациями законодательно установленных рамок и имеют право пресекать неправильные действия.

Таким образом, в Германии реализован механизм оптимального взаимодействия сторон в медицинском страховании.

Приложение 4

Система обязательного медицинского страхования в Чешской республике

В Чешской Республике, как и в Российской Федерации, в 1992-93 годах осуществлен переход от государственной системы здравоохранения к обязательному медицинскому страхованию (ОМС) населения. В обеих странах этот вид страхования является всеобщим.

Организация страхования

Принципы организации обязательного медицинского страхования в Чехии имеют много общего с российской моделью.

Прежде всего, в Чехии в качестве основы ОМС, как и в России, выбрана модель регулируемой конкуренции, при которой, как известно, ОМС осуществляет не ограниченное законом число конкурирующих страховых компаний, но страховая премия, получаемая конкретным страховщиком, подлежит регулированию в зависимости от числа и состава застрахованных им граждан — чтобы резко снизить выгоды отбора "выгодных" контингентов застрахованных.

Однако методы регулирования страховой премии в обеих странах различаются.

В России это регулирование производится Территориальными фондами ОМС, которые осуществляют сбор и перемешивание страховых взносов, осуществляя финансирование страховщиков по дифференцированным подушевым нормативам. Кроме того, система фондов ОМС обеспечивает финансовую устойчивость ОМС за счет своего нормируемого страхового запаса. Это в несколько раз снижает риски страховщиков.

В Чешской Республике страховые компании самостоятельно осуществляют сбор взносов со страхователей работающего населения. 60% собранных средств они передают законодательно выделенной государственной страховой организации — Всеобщей медицинской страховой организации VZP. Эта организация по определенной формуле осуществляет

перемешивание взносов, добавляя бюджетные средства на ОМС неработающего населения, а также обеспечивает всеобщность страхования. В сущности, эта схема совпадает с той, что применялась с 1992 г. в Кемеровской области до корректировки Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в 1993 г. Тогда функции, аналогичные VZP, осуществляла областная больничная касса "Кузбасс". Однако VZP не отвечает за финансовую устойчивость ОМС, каждый страховщик несет риски самостоятельно, за исключением самой VZP, устойчивость которой гарантирует государство.

Второй чертой систем ОМС, совпадающей в России и Чехии, является применение индивидуального (а не семейного) принципа страхования. При этом в обеих странах работающих граждан страхует их работодатель (при индивидуальной предпринимательской деятельности — сам работник), а неработающее население страхуется за счет бюджетных источников.

В то же время ставки страховых тарифов в обеих странах существенно различны. В Чехии тариф страхового взноса для работающих граждан составляет 13,5% к средствам на оплату труда, тогда как в России — всего 3,6%. Поскольку среднемесячная зарплата в Чехии — около 300\$, тогда как в России — лишь около 100\$, то в итоге на обязательное медицинское страхование одного работника в Чехии выделяется примерно в 10 (!) раз больше средств, чем в России.

В Чехии (в отличие от России) законодательно определен минимальный размер страхового взноса из бюджета на обязательное медицинское страхование неработающего населения — 60% от среднего взноса на одного работающего гражданина.

Таким образом, в Чехии создана мощная и устойчивая финансовая база обязательного медицинского страхования. В 1994 г. средства ОМС покрывали около 90% расходов на здравоохранение.

Весьма важно, что в Чехии 1/3 страхового платежа для работающего населения платит сам работник (путем вычета из зарплаты). Обязательное медицинское страхование является индивидуальным — каждый застрахованный должен сам явиться в страховую организацию и заполнить соответствующие документы. Происходит это следующим образом. По окончании срока договора страхования гражданин является в выбранную им страховую компанию и оформляет договор на следующий срок. Если при этом происходит смена страховщика, то компания, с которой гражданин заключил договор на новый срок, извещает прежнего страховщика (посылая копию договора страхования) о произошедшем событии. Еще одна копия договора посылается плательщику основной части взноса (по месту работы или в местную администрацию) за застрахованного гражданина.

Таким образом, застрахованный лично участвует в финансировании медицинской помощи и выборе страховщика, что делает его более требовательным к качеству работы страховой организации и сокращает возможности недобросовестной конкуренции путем сговора между страховщиком и работодателем.

Пакет услуг, предоставляемый за счет ОМС, и его оплата.

В Чехии Министерством здравоохранения установлен перечень медицинских услуг (вмешательств), покрываемых за счет ОМС — более 4 тыс. видов. Этот пакет носит всеобъемлющий характер (за исключением некоторых видов стоматологической помощи, косметических вмешательств и т.д.). Кроме того, застрахованным оплачиваются расходы на лекарства как в стационарном, так и в амбулаторном (лекарства по рецептам) секторах.

Тарифы на вмешательства сформированы из двух частей. Для каждого вмешательства существует установленная Минздравом его оценка в баллах, а также стоимость в кронах материальных затрат. Нормативная стоимость балла едина по всей стране. Она периодически пересматривается, однако схемы, аналогичной немецкой, ограничивающей общие расходы — при которой цена балла получается делением предельной суммы расходов на общее число набранных баллов, не существует.

Если в страховой организации не хватает средств, чтобы провести оплату вмешательств по нормативной стоимости балла, доплату производит сам пациент. Однако суммы, которые доплачивает пациент, невелики и, как правило, не превышают нескольких процентов стоимости услуги.

Оплата стационарной помощи производится в соответствии с числом пациенто-дней, проведенных больным в стационаре, плюс оплата за оказанные в процессе лечения вмешательства по схеме, приведенной выше.

Расчет за амбулаторные услуги производится ежеквартально, за стационарные — по окончании лечения.

Как известно, в России минимальный пакет услуг, предоставляемый за счет ОМС, должен определяться на Федеральном уровне в виде Базовой программы ОМС. Эту программу готовит Минздравмедпром и утверждает правительство. Следует отметить, что министерство своих функций не выполняет и на 1995 г. не существует базовой программы, утвержденной в соответствии с законом. На местах эта программа может быть расширена и уточнена в виде Территориальных программ ОМС. Методология их создания также не вполне отработана.

Что касается методов оплаты медицинской помощи, то они весьма различны в регионах России весьма различны.

Производители медицинских услуг

В отличие от России, в Чешской Республике в короткие сроки осуществлено разгосударствление амбулаторного сектора здравоохранения — свыше 70% врачей в этом секторе к середине 1995 г. были частнопрактикующими. Государство стимулировало этот процесс, выделяя врачам, желающим приобрести частную практику, льготные кредиты.

Стационарный сектор пока остался преимущественно государственным.

С каждым производителем медицинских услуг страховые организации заключают договор по предоставлению услуг застрахованным. Если в первые годы внедрения ОМС заключение договоров со всеми производителями медицинских услуг было обязательным, то в последнее время страховщики имеют право производить отбор, чем активно пользуются (преимущественно в амбулаторном секторе при заключении контрактов с частными врачами).

Следует отметить, что определенным препятствием для более широкой приватизации является единая система расценок на вмешательства. Так, например в Праге стоимость аренды помещений, операционных, существенно выше, чем на периферии, в то время как ставки возмещения едины. Это, например, делает нерентабельной деятельность в Праге частных хирургов.

Следует также сказать, что в Чехии были ликвидированы все ведомственные структуры здравоохранения.

В России, по существу, нет национальной концепции и национальной программы приватизации в здравоохранении. В результате, в большинстве случаев (за исключением, в некоторой степени, мегаполисов) отсутствует конкуренция производителей медицинских услуг, оставшихся государственными или муниципальными.

Информационные технологии в VZP

Всеобщая страховая медицинская компания VZP состоит из центрального офиса и 76 региональных филиалов. В настоящее время ей застраховано 65% населения Чехии (свыше 6 млн. человек).

Необходимо отметить, что помимо обязательного медицинского страхования, VZP осуществляет добровольное медицинское страхование лиц, выезжающих за границу, что предъявляет дополнительные требования к информационной системе.

Технология страхования едина для всей компании. Уровень самостоятельности филиала строго ограничен.

Известной фирмой Hewlett-Packard (один из крупнейших в мире производителей компьютеров) для компании была разработана информационная система.

Эта система включает несколько распределенных баз данных. В первую очередь, это база данных жителей Чехии. В соответствии с Законом, VZP должна иметь базу данных не только о застрахованных ею гражданах, но и о всех жителях Чехии. В этой базе — минимум сведений: паспортные данные, место жительства, компания, в которой застрахован. Сведения из филиалов поступают в центральную базу данных.

О своих застрахованных VZP, естественно, имеет более подробные данные.

Каждый счет, представленный производителем медицинских услуг, вводится в информационную систему, контролируется и правильные счета вводятся в базу данных, где связываются и с производителем медицинских услуг и с застрахованным. Если при вводе данных о пациенте выясняется, что данных о нем нет в базе данных данного филиала, осуществляется поиск в центральной базе данных. Если сведений нет и в центральной базе — счет возвращается производителю.

В Чехии принят принцип — за правильность поданных сведений несет ответственность производитель услуг. С этого года он обязан подавать данные только на магнитных носителях.

Ведется также база данных страхователей. Существенно облегчает поддержание информационной системы (и функционирование системы ОМС Чехии) высокий уровень законопослушности граждан. Когда Закон потребовал от работодателей зарегистрироваться в VZP, все работодатели в стране (250 тысяч) зарегистрировались за 2 недели!

Система реализована на технических средствах фирмы Hewlett-Packard. Использована база данных типа клиент-сервер "ORACLE". Филиал, который мы посетили, несет ответственность за район с населением 81 тыс. человек, из которых застраховано в VZP около 60 тыс. жителей. Основой системы является весьма дорогостоящий сервер HP-9000 с дисковой памятью 6 Гбайт, почти на каждом рабочем месте — терминал. На наш взгляд, стоимость только технических средств, установленных в данном филиале, значительно превышает \$100 тыс.

Всего же по сети VZP в год обрабатывается и накапливается около 600 Гбайт информации, что конечно, объясняется тем, что в Чехии оплачивается (и об этом информация вводится в информационную систему) каждое вмешательство. Безусловно, это порождает и дороговизну информационной системы. Оценить затраты на ее ведение весьма сложно, поскольку существенная часть расходов на первичный ввод столь большого объема данных возложена на производителей медицинских услуг и сведений об этом не имеется.

Следует отметить высокую степень закрытости информационной системы VZP. Министерству здравоохранения они поставляют только оговоренные Законом данные. Другим медицинским страховым организациям (поставляющим, в соответствии с законодательством им сведения о своих застрахованных), они не дают никаких сведений. Кстати, независимые страховые организации (их свыше 20) имеют собственные, разработанные самостоятельно информационные системы.

Безусловно, информационная система VZP является впечатляющим достижением. Что касается России, то организация ОМС в различных регионах в настоящее время весьма различается, технология страхования еще не вполне отработана и, поэтому, весьма трудно иметь единую информационную систему. Тем не менее есть элементы ОМС, где необходима унификация. Это, прежде всего, регистрация страхователей, сбор взносов, бухгалтерский учет и некоторые другие элементы.

В принципе, по крайней мере в Кузбассе, созданы основные элементы информационных систем и для Территориального фонда, и для страховых организаций. Однако, из-за того, что в России средства ОМС на порядок меньше чем в Чехии, финансирование создания таких систем недостаточно. Кроме того, крайне недостаточное финансирование медицинских учреждений не позволяет им расходовать необходимые средства для создания своих систем. Чтобы создать в Кемеровской области систему, равную

информационной системе VZP, необходимо затратить не один миллион долларов.

Опыт внедрения

Как и в России, в Чехии пакет Законов о медицинском страховании был принят в 1991 года. В конце этого года была создана VZP. В 1992 году шла отработка системы. Медицинские учреждения финансировались VZP на монопольной основе, причем сама компания получала средства из бюджета.

С 1993 г. начался сбор страховых взносов, в дело включились другие независимые страховые компании. В течение года страхованием было охвачено практически все население. Это говорит о том, насколько рационально был организован процесс регистрации страхователей, застрахованных, а также сбор взносов.

Представляется, что при реформировании здравоохранения государством была проявлена политическая воля и ясное понимание перспектив развития отрасли. В самой Чехии до II мировой войны была одна из лучших в Европе систем медицинского страхования. Впечатляет и опыт соседей — ведь страна в центре Европы и твердо знает, куда идет. Именно поэтому совершенствование здравоохранения стало одной из приоритетных задач государства. При введении обязательного медицинского страхования доля валового национального дохода, идущего на здравоохранение, практически удвоилась.

Весьма важно, что производители медицинских услуг имеют один источник финансирования из общественных источников — средства ОМС. Прямые бюджетные ассигнования направляются лишь на весьма ограниченное строительство и приобретение особо дорогостоящего оборудования (стоимостью свыше \$800 тыс.).

С другой стороны, Минздрав своевременно определил пакет услуг, предоставляемый за счет ОМС и разработал балльную шкалу оценки вмешательств.

Все это делает систему финансирования здравоохранения Чехии достаточно цельной в отличие от России, где весьма ограниченные общественные средства размазаны по двум источникам, (ОМС и бюджет) расходуемым по различным, далеко не всегда твердо определенным, принципам. Такая практика делает совершенно неизбежным нерациональное расходование весьма скудных финансовых ресурсов. Безусловно, такая ситуация является следствием того, что до сих пор нет согласованной модели здравоохранения России, к которой мы идем в ходе реформ, из-за чего преобразования носят вполне бессистемный характер. В судьбе здравоохранения, как в зеркале, отражается трудная судьба наших реформ, ибо в обществе и у законодателей нет согласия в вопросе “куда

же мы идем?». Постоянные разговоры со стороны всех политических сил о необходимости социальной направленности преобразования идут одновременно с урезанием расходов на здравоохранение. А те крохи, что оно получает, используются неэффективно из-за крайне бессистемного характера преобразований системы финансирования отрасли. Так что проблемы здравоохранения вообще и ОМС в частности не стоит списывать на размеры нашей страны — это лишь один фактор. Хотя, безусловно, унитарный характер чешского государства ускорил процесс преобразований.

Одновременно нельзя не отметить, что внедрение ОМС в Чехии не избежало ошибок. Самой серьезной из них является совершенно не рациональная (можно сказать и сильнее — иррациональная) система оплаты медицинской помощи.

Под давлением медиков была принята система оплаты конкретных медицинских услуг (вмешательств) и койко-дей. И это произошло в наше время, когда существует масса научных работ, показывающих, что потребность в медицинских услугах бесконечна и легко управляется врачами! Такой путь — наиболее затратный из всех возможных. Медики легко увеличивают объемы услуг (особенно дорогих), растет длительность пребывания в стационаре и т.д. При бесплатных лекарствах медики, чтобы удовлетворить пациентов, начинают выписывать наиболее модные (и самые дорогие) лекарства.

Все это и произошло в Чехии. Счета производителей услуг стали расти как на дрожжах и даже в условиях резкого роста финансовых ресурсов возникли многомесячные задолженности страховщиков, началось банкротство компаний.

Такая система не просто затратная, она еще и самая дорогая, требующая большой писанины (отдельно оплачивается каждый укол). В результате недовольны все — и страховщики, и медики, да и пациенты тоже еще не вполне почувствовали свои выгоды.

Сейчас руководство VZP ищет меры для исправления ситуации, но такую систему оплаты весьма трудно реформировать.

У нас в России были некоторые попытки применять подобные методы, но они, в основном, быстро закончились крахом, поскольку наши финансовые ресурсы не способствуют подобным новациям.

Все это показывает важность рационального проектирования системы оплаты медицинской помощи в условиях ОМС.

Кроме того, отсутствие в Чехии механизма обеспечения устойчивости страховщиков может привести к тому, что через некоторое время в стране останется одна страховая компания — VZP.

Использование для регулирования конкуренции выделенной страховой организации дает некоторую экономию средств на содержание системы ОМС,

но делает конкуренцию страховщиков — основной элемент данной модели — не вполне равноправной, что, в конечном счете, может дать проигрыш в общей эффективности системы. Кроме того, ухудшаются возможности эффективного независимого контроля за страховщиками.

Приложение 5

Методология формирования дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования

Исследование и выбор факторов, влияющих на стоимость медицинской помощи отдельным контингентам населения

Самый простой и наглядный принцип определения подушевого норматива путем деления суммы расходов на число застрахованных — очевидно, является несправедливым. Действительно, при таком способе не учитывается демографическая структура населения и стоимость лечения различных половозрастных групп. Также несправедливым является и определение планируемых подушевых нормативов, основанное только на затратах за предыдущие годы медицинских учреждений, расположенных в регионах, поскольку такое распределение узаконивает сложившееся неравенство и стимулирует увеличение затрат.

В странах, где медицинское страхование традиционно поддерживается государством, применяются так называемые подушевые формулы, позволяющие предсказать будущие расходы для различных групп населения. Эти группы различаются значениями переменных, влияющих на прогнозируемые расходы. Такие переменные называются тарификационными переменными.

Можно указать множество факторов различной природы, влияющие на состояние здоровья населения. Кроме возраста и пола, могут быть названы место жительства, степень урбанизации, размер семьи, условия занятости и средний доход, экологические аспекты в районе проживания и работы, доступность медицинской помощи, наличие и распространенность у контингента хронических заболеваний. Индикаторами здоровья могут быть число дней нетрудоспособности в предыдущем году, прошлые расходы на поликлиническую и стационарную помощь. В странах с развитым и функционирующим в течение нескольких десятилетий медицинским страхованием предсказателем (предиктором) предстоящих расходов на обязательное страхование может служить степень охвата населения различными видами добровольного страхования.

Однако не все эти факторы могут использоваться в качестве тарификационных переменных. Чтобы ввести тарификационную переменную в подушевую формулу, необходимо, прежде всего, располагать объективной статистической информацией о корреляции расходов с этой переменной. В странах с развитым медицинским страхованием сбором такой информации в течение многих лет целенаправленно занимаются как страховые компании, так и государственные статистические организации и исследовательские группы. Этими группами (Erstein и Gumella, 1988) обобщены четыре основных требования к подушевым формулам и принципам выбора тарификационных переменных:

- 1. Максимально точное выполнение прогнозов.*
- 2. Административная осуществимость сбора объективной статистической информации, ее обработки и расчетов.*
- 3. Невозможность произвольных манипуляций статистическими данными.*
- 4. Отсутствие стимулов к выполнению медицинскими работниками методов лечения, ведущих к завышению расходов.*

Рассмотрим эти требования более подробно.

Максимально точное выполнение прогнозов

Совершенно очевидно, что предстоящие расходы на лечение той или иной группы населения невозможно предсказать с абсолютной точностью. Даже если располагать самой полной персонифицированной информацией о текущем состоянии здоровья и наличии или отсутствии хронических заболеваний, у любого пациента могут возникнуть непредвиденные острые ситуации травмы, острые заболевания и т.д. Тем не менее, некоторые различия расходов для разных контингентов можно предвидеть достаточно точно. Так, например, люди с хроническими заболеваниями должны даже вне обострения иногда проходить профилактические обследования (связанные с определенными затратами). Мерой вариации расходов на различных пациентов является дисперсия расходов. Та часть дисперсии расходов, которую в принципе возможно предсказать (исходя, например, из персонифицированной информации о наличии или отсутствии хронических заболеваний, поле, возрасте и других

данных и предполагая, что разработана лучшая из возможных подушевая формула и нет никаких ограничений на получение статистической информации), называется максимальной объяснимой дисперсией. Оценка максимальной объяснимой дисперсии, выполненная на примере контингента голландской страховой организации, показала, что эта величина составляет 13.8% (Van Vliet R. C.J.A., Van de Ven W.P.M.M., 1991). Точность прогноза, даваемого той или иной подушевой формулой, можно оценить на основе того, насколько близка дисперсия расходов, предсказанная этой формулой, к максимальной объяснимой дисперсии.

Административная осуществимость сбора объективной статистической информации, ее обработки и расчетов

В общем случае достоверность прогнозов подушевой формулы не должна ухудшаться, если в нее включаются дополнительные тарификационные переменные. Отсюда, казалось бы, следует простейший принцип построения "хорошей" формулы: учет как можно большего числа всевозможных факторов, влияющих на здоровье населения и расходы на лечение. Однако учет любого фактора требует предварительного сбора и обработки огромного количества статистической информации, что не всегда оказывается возможным ввиду технических трудностей и высоких затрат. Так, например, установлено, что расходы на лечение пациента сильно коррелируют с его самооценкой состояния здоровья. Поэтому самооценка состояния здоровья является достаточно хорошим предиктором последующих расходов (Van Vliet R.C.J.A., Van de Ven W.P.M.M., 1991). Однако для того, чтобы использовать самооценку состояния здоровья в качестве тарификационной переменной, необходимо опросить весь контингент, что сопряжено с большими временными и материальными затратами, и в рамках региона это представляется технически неосуществимым. Поэтому наиболее приемлемым будет использование в качестве тарификационных переменных тех факторов, которые рутинно учитываются медицинскими или статистическими организациями. Так, повидимому, именно сложности сбора дополнительной статистической информации заставляют ограничивать подушевую формулу, используемую национальной программой США Medicare четырьмя тарификационными переменными: возрастом, полом, местом жительства (регионом) и уровнем дохода (Ash A., Porell F., Gruenberg L. и др., 1989). В литературе показано, что учет этих тарификационных переменных позволяет получить подушевую формулу, которая может предсказать лишь 2.4% дисперсии расходов, то есть, менее 20% максимальной объяснимой дисперсии. Поэтому ведутся упорные поиски дополнительных тарификационных переменных, для которых сбор и обработка информации были бы достаточно хорошо административно осуществимыми. Тем не менее, в масштабах страны эти 2,4% дисперсии расходов — это миллиарды долларов, распределенных более справедливо.

Заметим также, что может наблюдаться высокая корреляция между различными тарификационными переменными, что позволяет без значительного ущерба для качества прогноза заменять одни тарификационные переменные на другие, сведения о значении которых можно получить проще и дешевле (J. van Eeghen, E.K. Greup, J.A. Nussen, 1983).

Невозможность произвольных манипуляций статистическими данными

Помимо пола, возраста, места жительства и уровня дохода, учитываемых подушевыми формулами Medicare, в качестве тарификационных переменных было бы удобно использовать различные индикаторы состояния здоровья. Однако выбор таких тарификационных переменных и введение их в подушевую формулу требует достаточно осторожного обращения. Так, например, показано, что стоимость лекарств, выписанных больному в текущем году, позволяет довольно точно предсказать расходы на его лечение в последующие несколько лет. При наличии информации о стоимости используемых лекарств и ее корреляции с расходами эту величину можно использовать в качестве тарификационной переменной. Однако использование должно быть достаточно деликатным. В литературе (Ellis R.P., 1985) приведен пример: если расходы на лекарства в 1 доллар приведут к ассигнованиям, например, в 3 доллара, то у медицинских учреждений появится стимул отнести расходы за счет стоимости лекарств (оставляя неизменной общую сумму за лечение). Поэтому при выборе тарификационных переменных специально оговаривается требование невозможности произвольной манипуляции данными (или невыгодность этой манипуляции при правильном учете влияния тарификационной переменной на планируемый бюджет).

Отсутствие стимулов к выполнению медицинскими работниками методов лечения, ведущих, к завершению расходов

Манипуляции с отчетами медицинских учреждений хотя бы не оказывают явного влияния на лечение пациентов. Однако примеры из отечественного недавнего прошлого показывают, что неудачный выбор тарификационных переменных может приводить к выбору неверных методов лечения пациентов. Достаточно вспомнить о финансировании здравоохранения по количеству посещений поликлиник и работе койки в стационаре — множество отрицательных последствий такого финансирования общеизвестны. В зарубежной практике известен опыт выписывания самых дорогих, хотя и не

самых эффективных лекарств, назначения максимально дорогих, но не оправданных процедур.

Итак, для правильного выбора тарификационных переменных и составления на их основе подушевой формулы необходимо прежде всего наличие достоверной статистической информации. Отметим, что в настоящее время такой информации в достаточном количестве нет. Действительно, если даже предположить, что статистические отчеты медицинских учреждений абсолютно достоверны (что вызывает сомнение), на их основе невозможно построить удовлетворительную подушевую формулу. Прежде всего это невозможно потому, что из статотчетов неизвестна реальная зависимость стоимости лечения от возможных тарификационных переменных, например, принятых в системе Medicare (возраст, пол, место жительства, уровень доходов). Отметим, что такая статистика должна быть достаточно точной, ибо, как отмечают большинство авторов методик, неточные исходные данные приводят к недостоверным выводам.

Стандартная методика разработки подушевой формулы для финансирования обязательного медицинского страхования предполагает следующие этапы (J. van Eeghen, E.K. Greup, J.A. Nussen, 1983):

1. Предварительное определение возможных тарификационных переменных на основе предшествующего опыта.
2. Сбор статистической информации, необходимой для достоверной оценки вклада каждой возможной тарификационной переменной в подушевую формулу.
3. Статистическая обработка данных и составление подушевой формулы.
4. Последовательное добавление новых тарификационных переменных или замена одних переменных на другие, более удачные, с целью повышения доли объяснимой дисперсии и более полного удовлетворения вышеописанных требований к тарификационным переменным.

Можно сделать достаточно неутешительный вывод, что в наших условиях создание детальной подушевой формулы потребует продолжительного времени, прежде всего из-за необходимости сбора подробных статистических данных.

Хотя в настоящее время и невозможно создание глобальной подушевой формулы по традиционной методике, учитывающей все виды оказываемой медицинской помощи, все же можно создать объективную методику, основываясь на данных по отдельным ее видам. Как показано в литературе (Van Vliet R. C.J.A., Van de Ven W.P.M.M., 1991), отдельные виды медицинской помощи, в частности, предыдущие расходы на стационарную помощь, при краткосрочном планировании (1-2 года) могут использоваться в качестве тарификационных переменных и будут являться достаточно хорошими

предикторами полных расходов. Поэтому если нам удастся оценить расходы на стационарную помощь, можно будет с хорошей степенью точности оценить и общие затраты на здравоохранение (тем более, что стационарные расходы значительно превышают амбулаторные). И исходные статистики для учета стационарных расходов можно получить, анализируя персонифицированные сведения о каждом госпитализируемом больном, включающие его возраст, пол, место жительства, диагноз и т.д. Наличие подробной информации о каждом случае госпитализации позволило поставить и решить проблему учета влияния половозрастного состава различных регионов области на общие затраты на медицинскую помощь этих регионов. Рассмотрим основные этапы решения.

Принципы разработки подушевой формулы для системы обязательного медицинского страхования

С учетом имеющейся информации была предложена двухэтапная подушевая формула.

На первом этапе определяются дифференцированные подушевые нормативы финансирования городов и районов субъекта Федерации. При этом используются данные о предыдущих затратах (с учетом стоимости лечения жителей в других городах и районах и данных о лечении иногородних жителей) и данные о половозрастной структуре населения (с помощью коэффициента половозрастных затрат). Соотношение между этими двумя видами тарификационных переменных определяется экспертным путем.

На втором этапе определяется подушевой норматив финансирования страховой медицинской организации. При этом к рассчитанному территориальному подушевому нормативу применяется коэффициент половозрастных затрат контингента, застрахованного данной страховой медицинской организацией.

Определение дифференцированных подушевых нормативов

Для финансирования территорий субъекта федерации используется следующая формула:

$$\langle \text{сумма финансирования} \rangle = \langle \text{среднеобластной подушевой норматив} \rangle \langle \text{число проживающих} \rangle \langle \text{поправка к подушевому нормативу} \rangle$$

Поправка к подушевому нормативу территории устанавливается с использованием коэффициентов предыдущих затрат (КПР) и половозрастного коэффициента (КПВ), характеризующего демографический состав жителей территории.

КПР определяется на основе анализа финансовых отчетов об исполнении бюджетов территорий (городов и сельских районов) за базовый период медицинских учреждений и прочих медицинских учреждений, обеспечивающих медицинской помощью.


$$, (1)$$

где:

$Ст$ — средние за базовый период расходы (с поправкой на удорожание) на здравоохранение в расчете на одного жителя на территории с учетом пересекающихся потоков;

$Ср$ — средние за базовый период расходы на здравоохранение в расчете на одного жителя для всей области. $Ср$, $Ст$ рассчитываются без учета расходов по статьям 12 и 16 бюджетной классификации.

Базовый период утверждается правлением фонда.

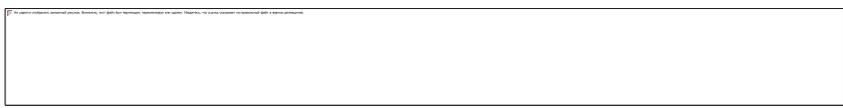
Половозрастной коэффициент $КПВ$ рассчитывается по официальным данным органов статистики и фактическим потреблением медицинской помощи половозрастными группами за предыдущие периоды.

Методика расчета $КВП$ приведена ниже.

Ненормированная поправка к областному подушевому нормативу для j -ой территории области ($НПj$) рассчитывается по формуле:

$$НПj = 0.2 КПВj + 0.8 КПРj (2)$$

Чтобы сумма средств, распределенные всем территориям, совпала с исходной, полученное произведение следует нормировать на среднеобласное значение. Таким образом вычисляется нормированная поправка к областному подушевому нормативу $ППНj$:


$$, (3)$$

где k — число территорий, $Чтк$ — численность населения территории.

Дифференцированные подушевые нормативы (*ДНФС*), по которым филиалы Фонда ОМС финансируют страховые организации, определяются с использованием коэффициентов половозрастных затрат (*КПВ*), на которые умножается *ДТНФ_j*:

$$ДНФС = КПВ ДТНФ. (4)$$

КПВ определяется для контингента, застрахованного данной медицинской страховой организацией, с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы и численности застрахованных в этой группе.

$$\frac{\sum_{i=1}^n Ч_{кпi} \cdot КПВ_{i} \cdot Ч_{зi}}{\sum_{i=1}^n Ч_{кпi} \cdot Ч_{зi}}, (5)$$

где:

КПВ_i — коэффициенты половозрастных затрат, характеризующие в относительных величинах ожидаемые затраты на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в данной половозрастной группе;

Ч_{кп} — численность граждан, застрахованных страховщиком в соответствующих половозрастных группах;

Ч_з — общая численность граждан, застрахованных данным страховщиком.

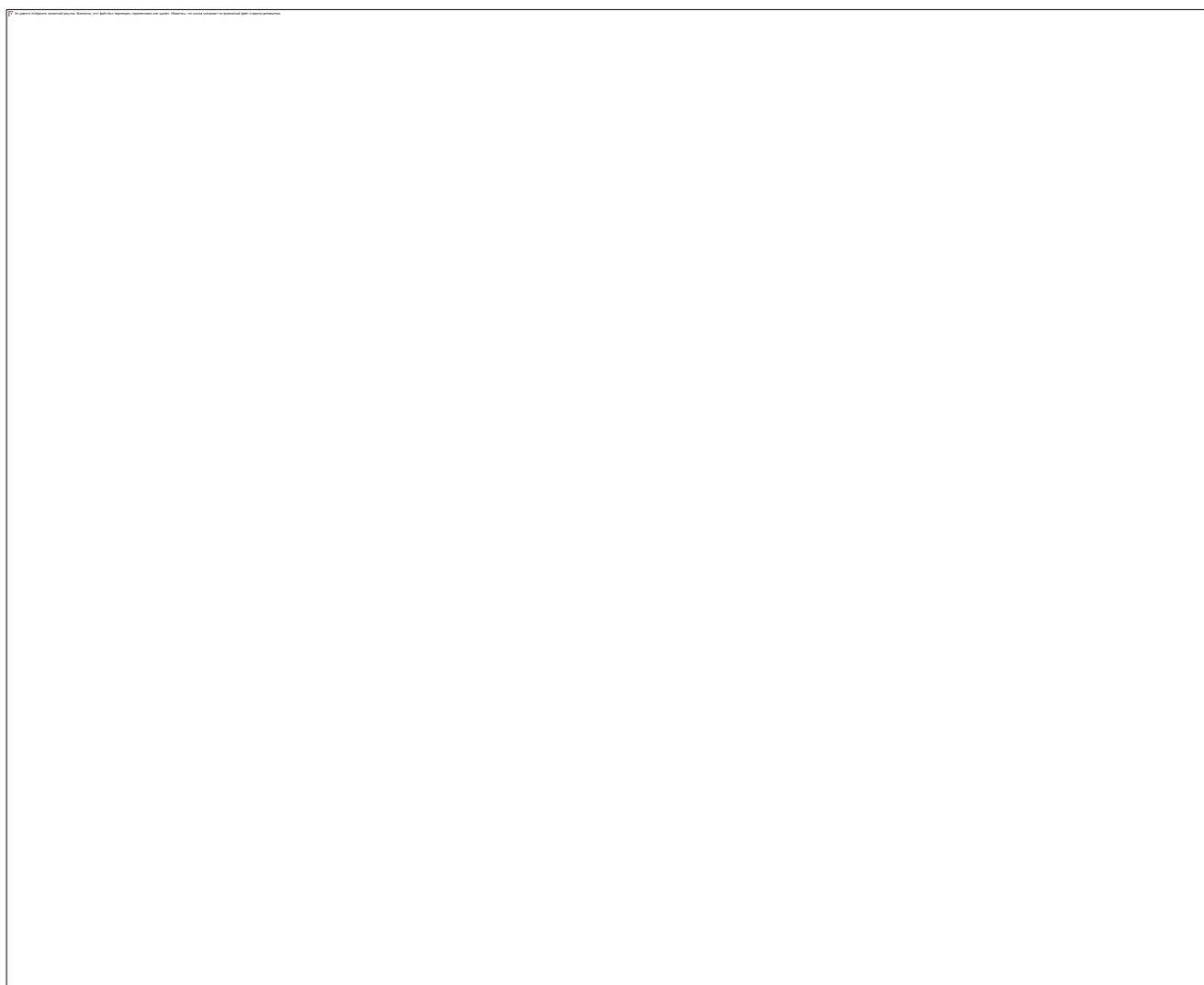
Полученное (ненормированное) значение *КПВ* нормируется на всех жителей территории.

Значения коэффициентов *КПВ_i* для различных половозрастных групп приведены в таблице. Половозрастная структура стоимости на жителя приведена на рисунке.

Таблица половозрастных коэффициентов

Возрастной интервал	Средний возраст	<i>КПВ_i</i> мужчин	<i>КПВ_i</i> женщин
0-4	2,5	1,457	1,400
5-9	7,5	0,579	0,603
10-14	12,5	0,598	0,675
15-19	17,5	0,699	0,739
20-24	22,5	0,872	2,020
25-29	27,5	0,629	1,186
30-34	32,5	0,624	0,923

35-39	37,5	0,720	0,810
40-44	42,5	0,952	0,788
45-49	47,5	1,309	1,026
50-54	52,5	0,887	0,715
55-59	57,5	1,461	1,006
60-64	62,5	1,347	0,839
65-69	67,5	2,514	1,293
70-74	72,5	2,361	1,363
75-79	77,5	1,858	1,091
80 и старше	89,5	6,475	2,446



Дальнейшее совершенствование подушевых формул

В Голландии в подушевую формулу включена новая тарификационная переменная — инвалидность по состоянию здоровья. Кроме того, из

распределяемых по подушевому нормативу средств исключены расходы на содержание медицинских учреждений (хозяйственные расходы).

В Кемеровской области предложены методология и математический аппарат повышения достоверности расчета дифференцированных подушевых нормативов путем обработки и анализ разброса в оплате медицинских услуг на различных территориях.

Приложение 6

Критерии оценки деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование (проект)

1. Персонал:

- 1.1. Наличие высшего профессионального образования по медицинскому страхованию (страхованию) у руководителя СМО (1)
- 1.2. Доля персонала, у которого занимаемая должность соответствует профессиональному образованию (2)

2. Информационные технологии:

- 2.1. Наличие компьютерной базы данных о застрахованных гражданах;(3)
- 2.2. Автоматизированная обработка счетов медицинских учреждений; (4)
- 2.3. Информационная связь с ТФОМС (5)

3. Контингенты

- 3.1. Численность застрахованных граждан (5)
- 3.2. Процент застрахованных данным страховщиком граждан (от населения субъекта Федерации) (6)

4. Финансирование медицинской помощи

- 4.1. Доля средств, направленных на оплату медицинских услуг в рамках Территориальной программы ОМС (процент средств, полученных от ТФОМС) (7)

5. Использование ресурсов:

- 5.1. Доля затрат на амбулаторную помощь (процент по отношению ко всем расходам на оплату медицинской помощи страховщиком) 50% (8)
- 5.2. Количество дней пребывания на больничной койке на 1000 застрахованных за текущий год (2000) 13x150 (9)

6. Работа в финансовых резервах (10)

- 6.1. Среднегодовой размер запасного резерва (процент к средствам, полученным от ТФОМС) (11)
- 6.2. Инвестиционный доход: процент к средствам, полученным от ТФОМС (12)
- 6.3. Использование инвестиционного дохода: (в процентах от общего размера инвестиционного дохода) направлено: (12)
 - 6.3.1 на оплату медицинских услуг (13)
 - 6.3.2 в резерв предупредительных мероприятий (14)
 - 6.3.3 в доход (прибыль) СМО (15)
- 6.4. Среднегодовой размер резерва предупредительных мероприятий (в процентах от всех средств, полученных от ТФОМС по подушевому нормативу) (16)
- 6.5. Годовой экономический эффект, от использования резерва предупредительных мероприятий (процент от резерва предупредительных мероприятий или средств ОМС), полученный и расчетный (17)
- 6.6. Фактические расходы на содержание и развитие страховой медицинской организации за счет всех источников (включая инвестиционный доход) - в процентах от поступлений (выручки) за счет всех источников, полученных фактически в текущем году (18)

7. Защита застрахованных:

- 7.1. Процент застрахованных, обратившихся в СМО (19)
- 7.2. Процент удовлетворенных обращений (от числа обратившихся) (20)
- 7.3. Процент законченных случаев лечения в стационаре, подвергнутых экспертизе страховщика; 1- 2% (21)
- 7.4. Процент обращений в амбулаторное звено, подвергнутых экспертизе страховщика 0,2 - 0,3%(22)

Данные ТФОМС:

8. Выявлено:

- 8.1. Оплата услуг, не входящих в Территориальную программу ОМС (23)
- 8.2. Нарушение тарифного соглашения (24)
- 8.3. Несвоевременная оплата медицинских услуг по вине страховщика (25)
- 8.4. Прочее нецелевое использование средств ОМС (26)
- 8.5. Нарушение в системе учета и отчетности (27)
- 8.6. Процент выданных полисов, от подлежащих (28)

Приложение 7

Модель территориальной программы

обязательного медицинского страхования

и методология расчета ее стоимости

В настоящее время в России идет становление системы обязательного медицинского страхования. С точки зрения населения основным отличием этой системы от прежней бюджетной является наличие четких государственных гарантий объема и условий предоставления медицинской помощи, представленных в виде Территориальной программы обязательного медицинского страхования (ТПОМС). Государство на Федеральном уровне устанавливает минимальный уровень этой программы, утверждая Базовую программу обязательного медицинского страхования. Но на данном этапе оно не обеспечивает финансовых гарантий выполнения Базовой программы обязательного медицинского страхования каждому гражданину России. Механизм для реализации этих гарантий заложен в Законе Российской Федерации "О медицинском страховании граждан Российской Федерации", который предусматривает установление ставки страховых взносов хозяйствующих субъектов на Федеральном уровне. Платежи же бюджета на страхование неработающего населения регламентируются на уровне субъекта Федерации. Таким образом, именно ставка страховых взносов хозяйствующих субъектов должна быть установлена в размере, обеспечивающем гарантированное выполнение всему населению Базовой программы обязательного медицинского страхования, утвержденной Правительством Российской Федерации (Постановление № 41).

Стоимость базовой программы обязательного медицинского страхования различна для различных территорий и не прямо пропорциональна размеру собранных страховых взносов, поэтому необходимо обеспечить гарантированное выполнение Базовой программы обязательного медицинского страхования за счет установления соответствующего размера отчислений в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с целью дотирования территорий. Для объективного установления размера дотаций необходимо разработать единую методику расчета стоимости Базовой программы обязательного медицинского страхования, обеспечить проведение расчетов и анализ результатов на Федеральном уровне и на этой основе разработку обоснованных региональных (для группы территорий) финансовых нормативов по статьям затрат.

Предложенный подход к определению размера страховых взносов хозяйствующих субъектов обеспечивает реальное выполнение минимальных государственных гарантий всем гражданам Российской Федерации. Сейчас это нельзя обеспечить ввиду слишком низкого размера страховых взносов и гарантии практически осуществляются только на территориальном уровне в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования,

то есть Закон практически реализуется только на уровне субъекта Федерации, а не на Федеральном уровне.

Повышение ставки страховых взносов до размера, обеспечивающего выполнение Базовой программы обязательного медицинского страхования уменьшило бы зависимость системы обязательного медицинского страхования от средств бюджета, доля которых в объеме финансовых средств обязательного медицинского страхования в этом случае сократилась бы.

На уровне субъекта Федерации также должен быть установлен механизм обеспечения соответствия Территориальной программы обязательного медицинского страхования финансовым средствам системы обязательного медицинского страхования. При реализации вышеизложенного механизма гарантированного выполнения Базовой программы обязательного медицинского страхования, платежи бюджета должны были бы покрыть разницу между стоимостью Территориальной программы обязательного медицинского страхования и Базовой программы обязательного медицинского страхования.

В настоящее время платежи бюджета должны покрывать разницу между стоимостью Территориальной программы обязательного медицинского страхования и размером собранных страховых взносов хозяйствующих субъектов. Следовательно необходимо, чтобы размер платежей бюджета на страхование неработающего населения утверждался одновременно с ТПОМС одним и тем же органом власти. При этом власти субъекта Федерации берут на себя ответственность за сокращения обязательств населению территории при сокращении бюджетной части финансирования ТПОМС.

Модель территориальной программы обязательного медицинского страхования

Модель ТПОМС должна быть адекватна целям, для реализации которых она предназначена. В ТПОМС устанавливаются на уровне субъекта Федерации государственные гарантии по объему и условиям предоставления населению медицинских услуг.

В настоящее время существуют утвержденные рекомендации по разработке и определению стоимости ТПОМС:

- Рекомендации по разработке Территориальных программ обязательного медицинского страхования и определению величины страхового платежа (РАМН НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Г.А. Семашко, 1992 г.);
- Методические рекомендации по экономическому обоснованию перечня видов медицинской помощи, профилактических и лечебно-диагностических

мероприятий и их объемов, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования различных контингентов населения Российской Федерации", (приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.06.93 № 146).

Эти рекомендации опираются на предположения, что:

- через систему обязательного медицинского страхования оплачиваются все виды медицинской помощи, кроме социально-значимых;
- все виды помощи гарантируются всем гражданам.

Однако низкая ставка страховых взносов хозяйствующих субъектов и дефицит бюджета приводят к необходимости сокращения обязательств государства по предоставлению населению привычного объема бесплатной медицинской помощи. Следовательно, возникает необходимость в более детальном описании обязательств государства в рамках ТПОМС с указанием не только видов помощи, но и медицинских технологий, групп населения, которым предоставляются те или иные виды помощи, медицинских учреждений, которые оказывают эту помощь, условий предоставления помощи.

Описание ТПОМС должно включать:

- Перечень видов (блоков) медицинской помощи
- Медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи
- Стандарты оснащенности медицинских учреждений
- Условия предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования
- Условия участия в оплате сервисных услуг для различных контингентов населения
- Предельные тарифы на медицинские услуги
- Перечень медицинских учреждений, оказывающих помощь в системе обязательного медицинского страхования
- Расчетная стоимость ТПОМС

Виды помощи, входящие в Территориальную программу обязательного медицинского страхования

В соответствии с законом Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в Территориальную программу обязательного медицинского страхования (ТПОМС) не входят социально-значимые виды помощи. К ним в бесспорном порядке относятся только психиатрическая помощь, фтизиатрическая помощь и наркологическая помощь. Все остальные виды помощи — стационарная и амбулаторно-поликлиническая

— должны включаться в Территориальную программу обязательного медицинского страхования.

Скорая и неотложная медицинская помощь в соответствии с "Основами законодательства об охране здоровья" оплачивается за счет бюджетных средств.

Однако на местном уровне эти средства могут быть переданы Территориальному фонду обязательного медицинского страхования, и Скорая и неотложная медицинская помощь включается в состав ТПОМС.

Это целесообразно сделать прежде всего для схемы полного фондодержания в связи с тем, что именно профилактическая деятельность поликлиник, их работа по диспансеризации хронических больных может снизить потребность в неотложной помощи.

Таким образом, можно сделать общий вывод, что в ТПОМС целесообразно включить "управляемые" виды помощи, то есть те, уровень потребления которых зависит от действий врачей и пациентов. В этом смысле спорным выглядит исключение из ТПОМС противотуберкулезной и наркологической помощи.

"Управляемость" помощи обеспечивается целенаправленными действиями страховых медицинских организаций, в первую очередь применением ими соответствующих способов оплаты медицинских услуг.

С этих же позиций мы можем рассматривать перечень видов помощи, входящих в подушевой норматив поликлиники-фондодержателя. В обязательном порядке он должен предусматривать компенсацию затрат на оказание общесоматической амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Без ущерба для достижения поставленных целей можно исключить стоматологическую, травматологическую помощь и помощь при венерических заболеваниях.

Расчет среднеобластного подушевого норматива стоимости Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Исходные данные о потреблении медицинских услуг.

Исходными данными о фактическом потреблении медицинских услуг являются данные годового отчета территории "Отчета о сети и деятельности медицинских учреждений" ф.№ 47.

Кроме того, для получения отдельных показателей (например, количество посещений по профосмотрам и др.) используются годовые отчеты лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ):

- форма № 30 "Отчет лечебно-профилактического учреждения за 19 г.";
- форма № 12 "Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения за 19 г.";
- форма № 14 "Отчет о деятельности стационара за 19 г."

К исходным данным относится также структура населения территории — половозрастной состав, численность отдельных контингентов населения, для которых в Территориальной программе обязательного медицинского страхования предусматриваются особые условия (например, инвалиды и т.д.).

Экономические данные для расчета Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Фактическими экономическими данными могут служить финансовые квартальные отчеты лечебно-профилактических учреждений:

- Отчет об использовании сметы доходов и расходов учреждения, переведенного на новые условия хозяйствования (форма № 2-1).
- Отчет о выполнении плана по штатам и контингентам по учреждениям здравоохранения и социального обеспечения (форма № 3-4).

Эти сведения обычно обобщаются на уровне городов и районов, но не поступают на территориальный (областной) уровень. Территориальный орган управления здравоохранением имеет в своем распоряжении отчеты ЛПУ, финансируемых из областного бюджета, и данные финансовых органов по городам и районам. Эта информация менее детальна, поэтому необходимо, кроме официальной отчетности, запрашивать информацию с мест.

Дальнейший анализ требует разделения затрат на общесоматическую амбулаторную и стационарную помощь.

Анализ усложняется тем, что в объединенных больницах затраты на амбулаторно-поликлиническую помощь отдельно не учитываются. Но, опираясь на отчеты самостоятельных поликлиник и рассчитав стоимость одного посещения, можно примерно определить долю расходов, приходящуюся на амбулаторную помощь в объединенных больницах.

Описание Территориальной программы обязательного медицинского страхования для расчета ее стоимости

Описание ТПОМС для расчета ее стоимости инверсно ее описанию для утверждения (и исполнения).

Оно начинается с описания медицинских учреждений, оказывающих помощь по обязательному медицинскому страхованию. Помощь в системе обязательного медицинского страхования на данном этапе оказывается лечебно-профилактическими учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения, сведения о деятельности которых содержатся в "Отчете о сети и деятельности медицинских учреждений" (форма № 47). Если помощь в системе обязательного медицинского страхования оказывается другими медицинскими учреждениями (ведомственными, частными), сведения об объеме услуг, оказываемых ими в системе обязательного медицинского страхования, должны быть введены для расчета.

Предлагается объем стационарных услуг измерять в койко-днях, а амбулаторно-поликлинических — в посещениях, (для скорой и неотложной медицинской помощи — в количестве обслуженных вызовов).

Такие единицы измерения не означают, что они же будут являться единицами для оплаты медицинских услуг — такие способы оплаты стимулируют необоснованный рост объемов медицинской помощи.

Койко-дни и посещения выбраны в качестве единиц измерения объема медицинской помощи, оказанного в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования по следующим основаниям:

- они позволяют сопоставить объемы и затраты для разных профилей и специальностей;
- они учитываются в действующей статистической и финансовой отчетности;
- они являются основой любых систем тарифообразования;
- имеются научно-обоснованные данные об относительной стоимости посещений и койко-дней по различным специальностям и койко-дням ("Методические рекомендации по экономическому обоснованию перечня видов медицинской помощи, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий и их объемов, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования различных контингентов населения Российской Федерации", приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.06.93 № 146).

Таким образом, основываясь на форме № 47, можно выполнить исходное описание Территориальной программы обязательного медицинского страхования, выбирая те виды медицинских учреждений, в которых оказывается помощь по обязательному медицинскому страхованию (и добавляя другие ЛПУ, если в них оказывается помощь по обязательному медицинскому страхованию).

При этом указывается, какая доля мощности ЛПУ используется для оказания помощи по обязательному медицинскому страхованию (в процентах от общего фонда). Например, на территории может быть установлена квота использования коек для оказания помощи в рамках добровольного медицинского страхования. Профили коек и специальности, входящие в Территориальную программу обязательного медицинского страхования, указываются отдельно. Профили

коек отмечаются с указанием доли, используемой для оказания помощи по обязательному медицинскому страхованию. При наличии программы перевода части нозологий на лечение в условиях дневного пребывания соответственно уменьшается массив койко-дней. Медицинские специальности для амбулаторно-поликлинической помощи отмечаются с указанием, какая помощь оказывается (лечебно-консультативная, профилактическая, диспансерная).

На стоимость Территориальной программы обязательного медицинского страхования большое влияние оказывает ресурсная оснащенность медицинских учреждений — прежде всего материально-техническая база. Номенклатура и сложность лечебно-диагностического оборудования определяют уровень заработной платы и количество персонала, работающего с этим оборудованием, стоимость расходных материалов, текущего обслуживания и ремонта. В настоящее время эта доля расходов здравоохранения не нормируется на федеральном уровне, а на территориальном определяется медико-экономическими стандартами и стандартами оснащенности медицинских учреждений. Как правило, эти стандарты выделяют несколько категорий ЛПУ, прежде всего — стационарных. Эти категории имеют различную стоимость одного койко-дня. Поэтому структура коечного фонда по категориям стационаров с указанием относительной стоимости койко-дня для каждой категории позволяет уточнить стоимость Территориальной программы обязательного медицинского страхования и сопоставить ее для разных территорий.

Алгоритм расчета стоимости Территориальной программы

обязательного медицинского страхования

Алгоритм расчета предусматривает несколько этапов и позволяет моделировать стоимость Территориальной программы обязательного медицинского страхования различного объема и с различными условиями предоставления.

Первый этап предусматривает расчет стоимости максимального объема бесплатной помощи по статистическим данным территории. По финансовым данным последнего отчетного квартала и статистическим данным из ф. № 47, пересчитанным на квартал, рассчитывается квартальная стоимость Территориальной программы обязательного медицинского страхования. При этом стоимость Территориальной программы обязательного медицинского страхования будет неизбежно занижена в связи с недофинансированием здравоохранения. Это недофинансирование может выражаться в задолженности медицинских учреждений (в основном по коммунальным платежам, по заработной плате и социальным отчислениям) и в пониженных расходах медицинских учреждений на питание, медикаменты и мягкий инвентарь.

Поэтому на этапе исходного расчета проводится моделирование стоимости Территориальной программы обязательного медицинского страхования с различными финансовыми нормативами по статьям затрат.

Моделирование проводится путем изменения стоимостей конкретных статей затрат в рассчитанной по фактическим данным стоимости одного койко-дня и одного посещения, то есть заменой фактических расходов обоснованными финансовыми нормативами по статьям затрат.

Эти нормативы не должны быть завышены, но должны покрывать себестоимость медицинских услуг. Так, заработная плата рассчитывается в соответствии с утвержденными нормативными документами (или тарифным соглашением, заключенным на территории), затраты на питание, медикаменты, мягкий инвентарь — на основании цен на них, сложившихся на территории, затраты на хозяйственные и коммунальные расходы — по фактическим расходам с учетом задолженности.

На следующем этапе к введенным финансовым нормативам применяются коэффициенты-дефляторы, и рассчитывается стоимость ТПОМС для каждого квартала следующего года (если коэффициенты-дефляторы различаются по кварталам). После чего определяется годовая стоимость максимального объема Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Следует отметить, что после каждого исходного расчета можно провести расчет по научно-обоснованным данным Минздравмедпрома по уровням госпитализации по профилям коек и количеству посещений на 1000 населения по специальностям. Эти данные позволяют сформировать нормативные массивы койко-дней и посещений и рассчитать соответствующую нормативным объемам стоимость Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Сопоставление результатов расчетов, их структурный анализ может заставить пересмотреть территориальные массивы койко-дней и посещений по определенным профилям или специальностям или, что более эффективно, выявить незагруженные медицинские учреждения и исключить их из сферы деятельности Территориальной программы обязательного медицинского страхования. Для этого надо провести анализ отчетов лечебно-профилактических учреждений. Может быть выявлена незагруженность участковых врачей (при развитой ведомственной сети). В зависимости от того, вовлечены или нет ведомственные медицинские учреждения в реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования, выполняемые ими объемы помощи включаются в описание Территориальной программы обязательного медицинского страхования или же население, обслуживаемое ведомственными лечебно-профилактическими учреждениями исключается из расчетов по тем профилям коек и специальностям, которые имеются в ведомственных лечебно-профилактических учреждениях.

В результате проведения серии "исходных расчетов" выбирается окончательный ресурсно-обоснованный вариант "максимальной" Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

На втором этапе моделируются варианты сокращения стоимости Территориальной программы обязательного медицинского страхования за счет исключения некоторых видов помощи, предоставления определенных видов помощи отдельным контингентам населения, а также оплаты не всех статей затрат (например, исключение коммунальных расходов или оплата только медицинской помощи — медицинских технологий без гостиничных услуг и питания).

Сокращение Территориальной программы ОМС достаточно сложно выполнить в связи с отсутствием в большинстве случаев статистических данных об объемах отдельных видов медицинской помощи (например, реабилитация в стационаре по отдельным заболеваниям и т.д.). Тем не менее, специальные исследования позволяют выяснить объемы помощи с необходимой детализацией.

Если какой-то вид помощи остается в Территориальной программе обязательного медицинского страхования только для отдельных контингентов населения, то определяется объем данного блока, численность населения, которому предоставляется этот вид помощи по группам населения и коэффициенты потребления медицинских услуг для каждой группы. Как правило, коэффициенты потребления существуют в виде половозрастных коэффициентов затрат, утвержденных на территории или рекомендованных Минздравмедпромом. Однако в отдельных случаях применяются экспертные оценки для определения коэффициентов потребления для отдельных групп населения (например, инвалидов).

Одновременно для Территориальной программы обязательного медицинского страхования в целом, отдельных блоков и отдельных контингентов внутри блока могут быть предусмотрены различные условия оплаты (включающие все статьи затрат, отдельные статьи затрат, медицинские технологии).

Расчет сокращенных вариантов проводится до тех пор, пока не будет выбрано не менее двух вариантов — средний и минимальный. Средний вариант Территориальной программы обязательного медицинского страхования выбирается исходя из планируемого размера средств обязательного медицинского страхования на следующий год. Минимальный вариант Территориальной программы обязательного медицинского страхования определяется с учетом фактического процента исполнения бюджета.

Все результаты расчета стоимости медицинской помощи в рамках ТПОМС увеличиваются на сумму средств, необходимых для функционирования системы ОМС и поддержания ее резервов. Затраты на эти цели тоже могут моделироваться путем изменения процента средств, обеспечивающих

функционирование системы ОМС и процента средств, направляемых на поддержание финансовых резервов.

Исходный расчет по статистическим данным территории.

В систему вводятся данные по стоимости койко-дней и посещений по профилям (специальностям) или по профилям и уровням.

Формула для расчета стоимости Территориальной программы обязательного медицинского страхования на последний квартал текущего года.

Стоимость стационарной помощи S считается по формуле:

	(1)
	где

n_c — количество детских профилей

n_a — количество взрослых профилей

n_{lev} — количество уровней

C_i — стоимость койко-дня по профилю i и уровню (дети)

BD_i — койко-дни по профилю и уровню (дети)

C_j — стоимость койко-дня по профилю i и уровню (взрослые)

BD_j — койко-дни по профилю и уровню (взрослые)

Стоимость амбулаторно-поликлинической помощи рассчитывается по формуле (2).

	(2) где
--	---------

SP_c — количество врачебных специальностей (дети)

SP_a — количество врачебных специальностей (взрослые)

CV_i — стоимость посещений по специальности i (дети)

NCV_i — количество посещений по специальности i (дети)

CV_j — стоимость посещения по специальности j (взрослые)

NAV_j — количество посещений по специальности j (взрослые)

Расчет стоимости Территориальной программы ОМС с

дополнительными условиями предоставления медицинской помощи (сокращенные варианты ТПОМС)

Условия предоставления медицинской помощи могут предусматривать:

- исключение отдельных видов услуг, оказываемых ЛПУ из Территориальной программы обязательного медицинского страхования — на уровне блоков ТПОМС (например, косметические операции);
- предоставление отдельных видов медицинской помощи отдельным контингентам населения (например, проведение профилактических осмотров только детям);
- оплату за счет средств обязательного медицинского страхования части расходов медицинских учреждений — части статей или медицинские технологии. Медицинские технологии включают оплату всех затрат, связанных с оказанием медицинской помощи, исключая проживание в больнице и обеспечение питанием;
- совокупность последних двух факторов.

Расчет проводится путем уменьшения исходных массивов койко-дней и посещений.

Вся стационарная и амбулаторно-поликлиническая помощь представляется в виде блоков (видов помощи).

Исходной информацией являются массивы койко-дней (посещений), которые приходятся на каждый блок.

Для блоков, удаляемых из Территориальной программы ОМС, указывается стоимость койко-дня этого блока, или стоимость всего блока. Если этой информации нет, то используется средняя стоимость койко-дня.

У блоков, оплачиваемых по общим условиям, индивидуальным условиям, указываются контингенты (группы), их доли в этих блоках и коэффициент потребления медицинских услуг для каждой группы.

Койко-дни, приходящиеся на каждый контингент, определяются следующим образом:

Обозначим долю в блоке — n ;
коэффициент потребления медицинской помощи — x ;
общее количество койко-дней в блоке — k .

Пусть мы ведем расчет для j контингентов.

Тогда их коэффициенты потребления — $x_1 \dots x_j$

Их доли в блоке — $n_1 \dots n_j$

Естественно, что

$$n_1 + n_2 + \dots + n_j = 1$$

Койко-дни i контингента определяются по формуле:

$k_i = n_i y_j k,$	(3)
	где y_i — персональный коэффициент этого контингента и равен

$y_i = x_i w$ (4) w — коэффициент нормирования, определяемый из равенства (7).

Используя формулу (1) составим равенство

$$n_1 y_1 + n_2 y_2 k + \dots + n_j y_j k = k \quad (5) \text{отсюда:}$$

$$n_1 y_1 + n_2 y_2 + \dots + n_j y_j = 1 \quad (6) \text{Заменяем в равенстве (3), } y \text{ по формуле (2)}$$

$$w (n_1 x_1 + n_2 x_2 + \dots + n_j x_j) = 1, \quad (7) \text{отсюда находим } w.$$

После этого койко-дни для каждого контингента считаются следующим образом:

$$k_i = w k n_i x_i \quad (8) \text{Оплата контингентов может быть полной, частичной или контингент не оплачивается.}$$

Для частичной оплаты нужно указать, что оплачивается — статьи затрат или медицинские технологии, или указать долю стоимости койко-дня, которая не оплачивается. В этом случае общая стоимость этого блока будет уменьшаться, а следовательно и уменьшается в целом стоимость Территориальной программы ОМС.