

Системы фондодержания в здравоохранении типология, содержание, условия реализации

Источник: Здравоохранение 4-2008

Понятие “фондодержание” впервые появилось в конце 1980-х гг. в ходе реализации нового хозяйственного механизма в трех регионах России. Оно объединяло комплекс мер по формированию экономической мотивации работников первичного звена медицинской помощи к повышению ответственности за состояние здоровья населения. фондодержание использовалось в течение нескольких лет с разными результатами – достаточно высокими в Самарской и кемеровской областях, менее убедительными – в г. Ленинграде. В начале 1990-х гг. примерно в десяти российских регионах либо использовали эту систему оплаты медицинской помощи, либо готовились к ее реализации. С переходом на обязательное медицинское страхование эта система была упразднена, но в Самарской области использовалась в течение более 15 лет и прекратила существование лишь в 2005 г.

Историкам здравоохранения еще предстоит дать ответ, почему эта прогрессивная система оплаты медицинской помощи не получила широкого распространения. между тем в конце 1980-х гг. российский опыт внимательно изучался зарубежными специалистами и впоследствии был использован при формировании такой системы в Великобритании и ряде других стран.

Идея фондодержания была реанимирована в 2006 г. после принятия решения о проведении комплекса финансово-организационных преобразований в 19 пилотных регионах. В некоторых из них взялись за реализацию системы фондодержания.

На федеральном уровне отсутствуют нормативные документы, регулирующие эту систему, не изложено ее содержание. В данной статье рассматриваются варианты фондодержания, их достоинства и недостатки, финансовые потоки, внутриучрежденческие расчеты, условия реализации новой системы экономических отношений.

Типология систем фондодержания. *Система фондодержания* – это метод подушевой оплаты услуг амбулаторно-поликлинического звена за каждого прикрепленного человека. Этот метод предполагает, что в нормативе финансового обеспечения медицинского учреждения (этот норматив выполняет функцию тарифа) предусматриваются затраты не только на собственную деятельность, но и на оплату услуг других медицинских организаций (поликлиник, диагностических центров, стационаров, скорой помощи и проч.).

Фондодержание различается в зависимости от уровня финансовых рисков, которые несет амбулаторно-поликлиническое учреждение (далее – поликлиника) в связи с оказанием медицинской помощи прикрепленному населению. Эти риски определяются составом затрат, включаемых в подушевой норматив финансового обеспечения амбулаторнополиклинического учреждения (далее – подушевой норматив).

Можно выделить полное или частичное фондодержание. Граница между ними достаточно условна. В известных нам системах фондодержания (отечественных и зарубежных) поликлиника не является держателем всех средств на оказание медицинской помощи. Даже в наиболее радикальных системах, действующих в США в рамках организаций по поддержанию здоровья (организаций “управляемой медицинской помощи”), групповые врачебные практики не несут риски затрат на наиболее дорогостоящие виды стационарной помощи, самые дорогие исследования и проч., – в этом смысле фондодержание всегда является частичным. Но на практике такое деление все же используется.

Под *полным фондодержанием* понимается включение в состав подушевого норматива расходов на все главные виды оказания медицинской помощи – первичную медицинскую помощь, часть расходов на специализированную (амбулаторную и стационарную) помощь и скорую медицинскую помощь. *Частичное фондодержание* предполагает исключение контроля фондодержателя за расходами хотя бы одного из перечисленных видов медицинской помощи – например, за расходами на скорую медицинскую помощь.

Кроме того, фондодержание может различаться по порядку его осуществления. Поликлиника-фондодержатель может формировать свой доход на основе остатка средств после расчета с другими медицинскими организациями, оказывающими услуги прикрепленному населению. Этот вариант в наибольшей мере соответствует логике фондодержания как системы, возлагающей на поликлинику дополнительные финансовые риски. Другой вариант – нормирование внешних потоков услуг (например, объемов стационарной помощи) и поощрение поликлиники за достижение нормативов. Остаточный доход поликлиники в этом случае не формируется, и ее финансовые риски невелики – они сводятся к тому, что поликлиника может не получить поощрения за снижение объемов стационарной помощи.

Стимулы к расширению собственной деятельности возникают и при этом варианте. Они тем выше, чем шире сфера нормирования внешних потоков услуг: если нормируются только объемы внешних диагностических исследований и консультаций, то они ниже, чем при нормировании объемов стационарной помощи.

С учетом представленных критериев можно выделить два главных вида таких систем – реальное и условное фондодержание. И то и другое может быть полным и частичным (охватывать все виды помощи или только некоторые). Их основное различие – в уровне финансовых рисков, возлагаемых на поликлиники. В случае *реального* фондодержания поликлиника может не только выиграть, но и проиграть, а в случае *условного* может только выиграть по сравнению с обычным подушевым финансированием собственной деятельности.

Цель и задачи фондодержания. Главная цель – повысить ответственность работников первичного звена медицинской помощи за состояние здоровья прикрепленного населения, обеспечить их мотивацию к улучшению качества первичной медико-санитарной помощи, преодолению структурных диспропорций в здравоохранении.

Конкретные задачи введения системы фондодержания таковы:

1) стимулирование расширения объема деятельности поликлиники. Система фондодержания должна ориентировать врачей поликлиники на предоставление услуг, которые в настоящее время оказываются в других учреждениях, прежде всего в

стационарах. На этой основе можно сократить объем необоснованных госпитализаций, вызовов скорой медицинской помощи и проч.;

2) стимулирование координирующей деятельности врачей первичного звена (участковых врачей и врачей общей практики). Эти врачи призваны организовывать оказание медицинской помощи прикрепленному населению на других этапах. Они определяют наиболее эффективные (в клиническом и экономическом смысле) “маршруты” движения своих пациентов, участвуют в планировании оказания медицинской помощи на других этапах, обеспечивают преемственность в лечении и реабилитации больных. Система фондодержания должна предусматривать зависимость размера вознаграждения врачей первичного звена от их способности обеспечивать эффективное взаимодействие с другими звеньями оказания медицинской помощи;

3) сдерживание затратного механизма оказания медицинской помощи. При всей важности создания стимулов к расширению объема работ первичного звена нельзя допустить прямой связи между материальным вознаграждением медицинских работников первичного звена и количеством заболевших пациентов, а также между числом обращений и оказанных услуг. При этом возникают сильные стимулы к механическому наращиванию объема услуг, снижается заинтересованность в профилактических мероприятиях, утрачивается ответственность врачей за состояние здоровья населения и их координирующая функция;

4) стимулирование профилактической направленности деятельности первичного звена. Система фондодержания призвана обеспечить зависимость размера вознаграждения от результатов профилактической деятельности врача – снижения уровня заболеваемости прикрепленного населения и потребности в стационарной и скорой помощи. Оплата фактических объемов амбулаторных услуг (чем больше больных, тем лучше для врача) уступает место поощрению деятельности, снижающей потребность в медицинской помощи (чем больше здоровых, тем лучше для врача).

Реальное фондодержание. Возможны два основных варианта реального фондодержания, когда учитываются затраты 1) на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу или 2) на общий объем медицинской помощи. При *первом варианте* в подушевой норматив включаются затраты поликлиники на общий объем внебольничной помощи (на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу). Поликлинике передаются лишь средства на амбулаторную помощь, включая те виды, которые она не может предоставить сама. В подушевой норматив входят расходы на специализированное амбулаторное обследование, консультации и лечение. При таком методе оплаты врачи поликлиники заинтересованы в сохранении здоровья своих пациентов. Не возникает стимулов к необоснованному увеличению числа посещений, исследований и консультаций. Врачам поликлиник выгодно брать на себя основную нагрузку по оказанию амбулаторной помощи, не перекладывая ее на другие учреждения.

В то же время первый вариант имеет очень серьезный недостаток – в поликлинике заинтересованы направлять в стационары тех больных, которых можно лечить амбулаторно, поскольку стационар для нее бесплатен. Кроме того, получив средства на проведение специализированной внебольничной помощи, поликлиника может необоснованно снижать объем исследований и лечения при конкретном заболевании.

Второй вариант предусматривает включение в подушевой норматив затрат не только на собственный объем деятельности, но и на специализированные обследования, консультации, стационарную помощь, лечение и реабилитацию за пределами

поликлиники-фондодержателя. При этом используется частичное фондодержание, когда в состав подушевого норматива финансирования входит часть расходов на стационарную помощь. Эта часть определяется с учетом возможностей поликлиники реально влиять на объемы стационарной помощи.

В этом варианте необходимо учитывать два главных фактора:

1) планируемый объем профилактической работы, способной снизить потребность в стационарной помощи; 2) планируемое расширение функций поликлиники, позволяющих переместить часть стационарной помощи на амбулаторный этап. Речь идет о развертывании дневных стационаров, увеличении объема деятельности участковой службы, создании общих врачебных практик, расширении собственной диагностической базы, повышении квалификации узких специалистов и проч.

Оптимальный вариант фондодержания – включение в подушевое финансирование поликлиники расходов на скорую медицинскую помощь. В этом случае в поликлинике заинтересованы в сокращении вызовов скорой помощи, поскольку за каждый вызов приходится платить. Появляется реальная заинтересованность в сохранении здоровья своих пациентов. Однако для такого включения существуют нормативно-правовые препятствия: в соответствии с действующей федеральной Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи услуги скорой медицинской помощи оплачиваются из бюджетных средств.

Разобоченность финансовых потоков по *обязательному медицинскому страхованию* (ОМС) и бюджету существенно усложняет формирование стимулов для сокращения объемов скорой медицинской помощи. можно предположить, что по мере совершенствования нормативной базы появятся легальные возможности расширения сферы действия системы фондодержания.

Оператором этой системы является страховщик. Он ведет все расчеты за помощь, оказанную прикрепленному населению, и определяет остаток средств подушевого финансирования, причитающихся поликлинике-фондодержателю. чем шире объем услуг, оказываемых собственными силами, тем больше средств остается в распоряжении учреждения.

Руководство поликлиники, в которой оказывается первичная медицинская помощь и которое одновременно является фактическим заказчиком услуг, оказываемых за пределами поликлиники, экономически заинтересовано в активной медицинской профилактике, раннем выявлении и своевременном лечении своих пациентов, недопущении осложнений и обострений хронических заболеваний; в наиболее рациональном использовании возможностей консультативной, стационарной и реабилитационной помощи, а также в максимально возможном контроле качества медицинских услуг, оказываемых в других медицинских учреждениях.

Очевидны и недостатки этого метода. Врачи могут необоснованно задерживать направление пациентов в стационар. Иногда это связано не только с желанием сэкономить на больном, но и с переоценкой собственных возможностей, усиливаемой экономической мотивацией. Вот почему при использовании метода реального фондодержания должны включаться механизмы, исключающие желание сэкономить на больном.

Эти механизмы таковы:

- применение штрафных санкций в случае направления больного в стационар в запущенном состоянии, при сокращении объема необходимых исследований и проч.;
- использование моделей конечных результатов для оценки деятельности и установление связи этой оценки с размерами вознаграждения;
- оценка качества лечения на основе медико-экономических стандартов, финансовые санкции за их нарушение;
- свободный выбор пациентами врачей первичного звена.

В условиях ОМС контроль объема и качества оказываемых услуг осуществляет страховщик. Его задача – не допустить задержек направления пациентов в стационар, а также на дополнительные консультации и исследования.

Самое эффективное условие реализации метода полного фондодержания – несомненно, конкуренция медиков. боязнь потерять пациента – сильное средство борьбы с деформированной экономической мотивацией, наносящей вред больным.

При применении фондодержания необходимо разделение финансовой ответственности за оплату стационарной помощи между поликлиниками-фондодержателями и страховщиками. часть подушевого норматива финансирования ОМС резервируется страховщиком для прямого покрытия расходов по лечению прикрепившихся пациентов сверх установленного лимита. Например, если общая стоимость лечения в стационаре по направлениям поликлиники превышает определенную сумму, то страховщик оплачивает его, не сокращая при этом размер суммы, остающейся у поликлиники. такое разделение риска требуется для того, чтобы уменьшить финансовую ответственность поликлиники за не зависящий от нее рост расходов или оказание дорогостоящей помощи.

Размер управляемых поликлиникой финансовых средств должен увязываться с общей финансовой ситуацией. Если средств мало, то полное или сколько-нибудь значительное фондодержание становится опасным и для поликлиники, и для пациентов, поскольку поликлиника будет сдерживать обоснованные направления пациентов на другие этапы оказания медицинской помощи.

Другой фактор, который следует принимать во внимание, – размер организации, являющейся фондодержателем. Если это отдельная врачебная практика, то ее возможности нести финансовые риски очень ограничены. Для групповой практики они выше, для крупной многопрофильной поликлиники – еще выше.

Финансовые потоки в системе реального фондодержания. Ключевым элементом системы реального фондодержания – подушевой норматив финансирования базовой медицинской услуги, т. е. стоимость всего набора медицинских услуг, предусмотренных территориальной программой ОМС на одного застрахованного в месяц. Этот норматив рассчитывается с учетом половозрастной структуры застрахованных и выполняет функцию тарифа на базовую медицинскую услугу.

тариф на базовую медицинскую услугу складывается из подушевого финансирования комплексной амбулаторно-поликлинической услуги и остальных услуг, входящих в базовую медицинскую услугу. Структура этого тарифа может формироваться по-разному – в зависимости от сферы действия системы фондодержания. На рисунке представлена структура тарифа на базовую медицинскую услугу.

Комплексная амбулаторно-поликлиническая услуга (КАПУ) – комплекс медицинских услуг, оказываемых непосредственно субъектом первичного звена медицинской помощи в среднем одному застрахованному в месяц в рамках территориальной программы ОМС.

Тариф на КАПУ $T_{капу}$ конкретного субъекта первичного звена медицинской помощи рассчитывается как доля тарифа на базовую медицинскую услугу $T_{бму}$. Эта доля отражает отношение плановых затрат на оказание КАПУ к плановым затратам на оказание базовой медицинской услуги. Плановые затраты на оказание базовой медицинской услуги застрахованным $ПЗ_{бму}$ определяются путем умножения тарифа на базовую медицинскую услугу на число прикрепленных застрахованных.

(рис.) Структура тарифа (подушевого норматива) на базовую медицинскую услугу

Плановые затраты на оказание комплексной амбулаторно-поликлинической услуги $ПЗ_{капу}$ определяются как разница между плановыми затратами на оказание базовой медицинской услуги $ПЗ_{бму}$ и суммой подлежащих оплате страховой медицинской организацией счетов, выставленных в предыдущем плановом периоде за услуги, не входящие в КАПУ.

Удельный вес плановых затрат на оказание КАПУ в общих плановых затратах на оказание прикрепленным застрахованным базовой медицинской услуги $УВ_{пзкапу}$ определяется по формуле:

$$УВ_{пзкапу} = (ПЗ_{капу} / ПЗ_{бму}) \times 100\%.$$

Соответственно, тариф на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу T :

$$T_{капу} = T_{бму} \times УВ_{пзкапу}.$$

Рассчитанный таким образом тариф на комплексную амбулаторнополиклиническую услугу по каждой половозрастной группе определяется в соответствии с проведенной выверкой финансовых взаиморасчетов за прошедший квартал между страховщиком и поликлиникойфондодержателем.

Хотя оплата стационарной помощи осуществляется страховщиком, размер подушевого норматива на КАПУ зависит от уровня организации и качества работы поликлиники по формированию потоков пациентов. чем выше ее вклад в снижение объемов помощи на других этапах (прежде всего, стационарной помощи), тем больше остаток общего подушевого норматива, идущий в первичное звено.

Отношения страховщика и поликлиники-фондодержателя должны определяться Положением о порядке оплаты медицинских услуг в системе ОМС и уточняться в договоре на предоставление медицинских услуг по ОМС. В соответствии с этим договором страховщик поручает, а поликлиника берет на себя обязательства:

- оказывать застрахованным в соответствии с территориальной программой ОМС:
- комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу;
- комплексную амбулаторную стоматологическую услугу (при наличии стоматологического подразделения);

- бесплатное и льготное зубопротезирование (при наличии зубопротезного подразделения);
- заказывать для них в других медицинских организациях и подразделениях остальные медицинские услуги в рамках территориальной программы ОМС и протокола согласования объемов медицинских услуг текущего планового периода;
- участвовать в экспертном контроле своевременности, качества и объема медицинских услуг, заказанных в других медицинских организациях.

Важно подчеркнуть, что система реального фондодержания предполагает изменение принципа оплаты стационарной помощи. Возмещение фактических объемов стационарной помощи должно уступить место оплате согласованных объемов. При этом следует установить предельно возможные отклонения фактических объемов от согласованных, а также условия оплаты при таких отклонениях. Необходимость такого изменения диктуется тем, что даже при сильных экономических стимулах, возникающих у работников первичного звена, их может быть недостаточно для сокращения объема необоснованных госпитализаций – мотивация работников стационаров и их возможности расширения объемов стационарной помощи могут возобладать, и общие объемы стационарной помощи будут расти.

Внутриучрежденческие взаиморасчеты в системе реального фондодержания.

Продолжением принципа фондодержания, примененного в отношении между медицинскими организациями, являются внутриучрежденные взаиморасчеты в поликлинике. В роли фондодержателей в составе поликлиники выступают участковые врачи и врачи общей практики. Получая все средства на одного жителя (за исключением административно-хозяйственных расходов учреждения), они выступают заказчиками услуг параклинических подразделений и услуг узких специалистов. В результате возникает интерес в оптимизации затрат на диагностику и лечение, что ведет к повышению эффективности использования ресурсов. Этому способствует также система организации труда и заработной платы, основанная на принципе: подразделение получает оплату за коллективно произведенные услуги, а труд каждого работника вознаграждается индивидуально с учетом конкретного вклада в работу подразделения.

В составе поликлиники действует отделение участковых врачей или отделение общей врачебной практики (далее – Отделение). Оно строит свои отношения с администрацией поликлиники на основе договора, который определяет взаимные обязательства по видам и объемам медицинской помощи, а также порядок планирования, учета работы и оценки деятельности Отделения. Одновременно Отделение устанавливает договорные отношения с другими подразделениями поликлиники, услугами которых оно пользуется. Порядок их финансового взаимодействия определяется “Положением об организации труда и заработной платы отделения первичного звена оказания медицинской помощи” и “Положением о внутриволиколических расчетах”.

Финансовая автономия Отделения обеспечивается открытием субсчета, на котором учитываются поступления и расходы. Ведение субсчета осуществляется бухгалтерией поликлиники на основе данных о взаиморасчетах подразделений поликлиники.

Отделению доводится подушевой норматив оплаты за КАПУ, включающий как расходы на его собственную деятельность по оказанию первичной медико-санитарной помощи, так и ожидаемые затраты на услуги, оказываемые узкими специалистами и параклиническими службами. Опыт Самарской области показывает, что данный норматив по разным

отделениям может изменяться в пределах 35–40% от общего подушевого норматива финансирования – стоимости набора медицинских услуг, предусмотренных территориальной программой обязательного медицинского страхования на одного застрахованного.

Оставшаяся часть подушевого норматива находится в распоряжении страховщика. Из этих средств оплачиваются счета за медицинские услуги, заказанные поликлиникой в других медицинских организациях. Доля КАПУ (а значит и финансовое благополучие Отделения), находится в прямой зависимости от расходов из средств страховщика.

Администрация поликлиники предварительно согласовывает со страховщиками количество госпитализаций на 1 тыс. жителей при формировании страховщиком сводного плана-заказа на стационарную помощь. Для определения расчетных показателей администрация поликлиники совместно с руководителем Отделения анализирует потоки пациентов в каждом Отделении, определяет те виды помощи, которые могут оказывать специалисты Отделения во внебольничных условиях. В Отделениях ведется оперативный учет направлений пациентов на госпитализацию, а также госпитализаций по экстренным показаниям.

При планировании внешних потоков в поликлинике должна анализироваться не только своя работа, но и работа стационаров – необходимо определять долю необоснованных госпитализаций, факты завышения сроков лечения, а также случаи некачественного лечения. Собранная информация передается страховщикам для проведения детальной экспертизы.

На основе проведенного анализа разрабатывается заказ на стационарную помощь (в натуральном и стоимостном исчислении), который размещается по выбранным стационарам. Показатели плановых объемов включаются в договор между отдельными учреждениями и страховщиками.

Расчеты между отдельными подразделениями поликлиники проводятся на основе внутренних тарифов. В состав этих тарифов входят все виды затрат, за исключением средств, направляемых в распоряжение администрации поликлиники на общеучрежденческие расходы.

Доход Отделения может складываться 1) из суммы оплаты за КАПУ, рассчитанной исходя из количества прикрепленных застрахованных и дифференцированного подушевого норматива; 2) из разницы между плановой и фактической суммой затрат на стационарную и скорую медицинскую помощь для прикрепленных к Отделению застрахованных и 3) из сумм, полученных Отделением в результате предъявления штрафных санкций своим партнерам.

Для поощрения оказания профилактических услуг возможна оплата этих услуг по согласованному с администрацией поликлиники списку сверх подушевого норматива за комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу. Указанная оплата также направляется на формирование дохода Отделения.

Доход Отделения направляется: 1) на оплату услуг, оказываемых другими специалистами и параклиническими службами поликлиники (специализированные консультации, исследования и лечение); 2) на осуществление деятельности Отделения (за исключением средств, направляемых в распоряжение администрации поликлиники на общеучрежденческие расходы, и заработной платы), а также 3) на проведение

мероприятий, предусматривающих рациональное снижение объема консультаций, исследований, госпитализаций, обращений пациентов за услугами скорой медицинской помощи.

За счет дохода Отделения оплачиваются также штрафы за различного рода дефекты в работе (некачественное оказание медицинской помощи, необоснованное превышение расчетных показателей объемов скорой медицинской и стационарной помощи и т. п.). Наложение штрафных санкций производится в заранее оговоренном порядке.

Оставшаяся часть дохода (чистый доход) распределяется между сотрудниками Отделения с учетом объема, качества и результатов труда каждого работника. Распределение осуществляется на основе коэффициента трудового участия. каждому сотруднику выплачивается гарантированная законом ставка должностного оклада и определяемая внутренней схемой распределения часть чистого дохода.

Для осуществления взаиморасчетов в поликлинике ведется учет выполненных Отделением работ и направлений в другие подразделения.

Качество медицинской помощи оценивается на основе набора показателей и моделей конечных результатов работы Отделения. При некачественном выполнении работ администрация поликлиники предьявляет Отделению штрафные санкции.

При уменьшении числа случаев госпитализации средства, предназначенные для оплаты стационарной помощи, остаются у фондодержателя и используются на улучшение условий и оплату труда персонала Отделения. При превышении объемов стационарного лечения над плановым показателем, а также при выявлении случаев неоправданной задержки направлений пациентов на другие этапы медицинской помощи чистый доход Отделения уменьшается, что ведет к снижению оплаты деятельности врача общей практики вплоть до минимальной ставки, предусмотренной действующим законодательством.

Система условного фондодержания. Как уже отмечалось, условное фондодержание основано на нормировании объема стационарной помощи для конкретной поликлиники и на поощрении работников при достижении нормативных показателей. Для реализации этого подхода особенно важно обеспечить сочетаемость (системность) методов оплаты разных видов медицинской помощи, поскольку стимулы поликлиник к оптимизации структуры оказания медицинской помощи могут оказаться недостаточными. Условное фондодержание должно быть частью более широкой системы оплаты различных видов медицинской помощи.

Возможен следующий вариант условного фондодержания. Поликлиника получает средства на основе подушевого норматива за комплексную амбулаторную услугу с включением в подушевой норматив затрат на весь объем внебольничной помощи. Страховщик по поручению поликлиники оплачивает консультативно-диагностические и лечебные услуги, полученные прикрепленными к поликлинике пациентами в других медицинских учреждениях. Страховщик вычитает соответствующие суммы из подушевого норматива финансирования поликлиники.

Для поликлиники устанавливается норматив стационарной помощи, включающий ее объем и стоимость. Данный норматив основан на закладываемых в территориальную программу ОМС целевых показателях перемещения части случаев стационарной помощи

на амбулаторную стадию. В пределах норматива стационарной помощи руководство поликлиники самостоятельно выбирает стационар для своих пациентов.

Помимо этого норматива устанавливаются другие показатели, стимулирующие расширение амбулаторно-поликлинической деятельности, повышение качества и конечных результатов работы. При достижении этих показателей поликлиники получают дополнительные средства.

Поликлинике дополнительно оплачивается оказание помощи с применением стационарозамещающих технологий (дневных стационаров, стационаров на дому, центров амбулаторной хирургии). Условие оплаты – соблюдение норматива стационарной помощи для поликлиники.

Стационарная помощь оплачивается на основе согласованных объемов. Предпочтительная единица планирования и оплаты – законченный случай стационарного лечения.

Важно подчеркнуть, что такая система оплаты тесно увязана с порядком планирования объемов и структуры медицинской помощи. Планирование проводится в соответствии с утвержденными на федеральном уровне “методическими рекомендациями о порядке формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью”, а также на основе нормативных актов региона, регулирующих планирование объемов помощи. Планируемые финансовые ресурсы системы ОМС распределяются между страховщиками, действующими на данной территории, на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования.

На базе предварительного варианта распределения согласительная комиссия субъектов обязательного медицинского страхования устанавливает для каждого страховщика примерные показатели объемов медицинской помощи для застрахованного контингента населения. Эти объемы корректируются страховщиком в ходе ведения переговоров с медицинскими организациями. При этом корректировки проводятся в пределах финансовых средств, планируемых страховщиком на основе дифференцированного подушевого норматива.

Для обеспечения единого подхода к реструктуризации здравоохранения согласительная комиссия устанавливает структуру подушевого норматива финансирования страховщиков по видам медицинской помощи. Страховщик начинает работу с медицинскими организациями по заключению договоров, имея целевые показатели структуры расходов на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь в процентах к размеру подушевого норматива финансирования, а также финансовые нормативы на объемные показатели деятельности.

При реализации системы условного фондодержания в структуре подушевого норматива финансирования страховщиков рекомендуется выделять риск-фонд. Средства риск-фонда рассчитываются исходя из планируемого перемещения объемов стационарной помощи на амбулаторно-поликлинический этап. Риск-фонд формируется на этапе планирования на основе расчетной экономии от оптимизации структуры оказания медицинской помощи.

Риск-фонд – это часть резерва оплаты медицинских услуг страховой медицинской организации. Средства риск-фонда – источник оплаты сверхплановых объемов стационарной помощи на условиях, определяемых Положением об оплате медицинской

помощи в системе ОМС, а также источник стимулирования расширения лечебно-профилактической деятельности первичного звена.

Таким образом, доля риск-фонда в составе подушевого норматива финансирования страховщиков – это целевой показатель повышения структурной эффективности здравоохранения за счет перемещения части объемов стационарной помощи на амбулаторный этап и снижения потребности в госпитализации благодаря более активной работе амбулаторного звена. При невыполнении данного целевого показателя средства риск-фонда будут использованы на дополнительную оплату стационарной помощи сверх согласованных объемов.

Опыт использования риск-фонда в ряде областей России показывает, что для решения поставленных задач доля риск-фонда в составе подушевого норматива финансирования может составлять 5–10%.

Оплата деятельности поликлиники на основе подушевого норматива за кАПУ означает, что поликлиника получает за каждого прикрепленного пациента подушевой норматив финансирования, в который включаются расходы на ее собственную деятельность и внешние консультации и обследования. Из средств поликлиники производится оплата за амбулаторные услуги, которые были оказаны прикрепленным гражданам в других амбулаторно-поликлинических учреждениях. Вся медико-экономическая информация о получении услуг в других медицинских организациях должна поступать к участковому врачу по месту прикрепления.

Расчет за услуги проводит страховщик по поручению поликлиники после проверки поликлиникой реестров на оказанные услуги.

Каждой поликлинике устанавливается норматив объема стационарной помощи для направления пациентов. Страховщик ведет мониторинг за потоками пациентов по каждой поликлинике, поощряя за достижение установленных показателей. Источник поощрений – риск-фонд.

В составе риск-фонда рекомендуется выделять определенный процент для стимулирования поликлиник за эффективную лечебно-профилактическую работу, обеспечивающую повышение качественных показателей. Важно, чтобы используемые показатели не противоречили друг другу, образуя целостную систему (модель) оценки эффективности работы поликлиники.

Необходимо использовать вышеупомянутые компенсаторные механизмы, препятствующие стремлению необоснованно ограничить медицинскую помощь пациентам.

Условия реализации фондодержания. Эффективное внедрение реального фондодержания не может ограничиваться первичным звеном, оно затрагивает отношения всех субъектов системы оказания медицинской помощи.

Можно выделить следующие условия реализации этой системы:

- 1) максимально возможная сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи и их финансового обеспечения. При большом дефиците средств реальное фондодержание может побудить врачей первичного звена экономить средства за счет ухудшения оказываемой помощи;

2) одноканальная система финансового обеспечения медицинской помощи. Наибольший эффект фондодержание может дать при включении основной части видов и объемов медицинской помощи в систему ОМС и использовании полного тарифа, включающего все статьи затрат;

3) наделение врачей первичного звена медицинской помощи функцией диспетчера. Основная часть плановой специализированной помощи (в амбулаторных и стационарных условиях) должна оказываться по направлениям участковых врачей и врачей общей практики;

4) формирование многоуровневой информационной системы, основанной на современных компьютерных технологиях сбора, обработки и хранения медико-экономической информации, позволяющей оперативно отслеживать текущую деятельность медицинских организаций, эффективно планировать развитие здравоохранения, осуществлять мониторинг внедрения фондодержания, ход реструктуризации системы медицинской помощи и ее влияние на доступность и качество медицинской помощи;

5) подготовка работников амбулаторно-поликлинических учреждений и страховых компаний к внедрению фондодержания. Все участники новой системы должны осознать свои экономические интересы и быть готовыми к серьезным преобразованиям в медицинских учреждениях. Необходимо проведение массового обучения врачей;

6) проведение комплекса мероприятий по разъяснению населению целей и содержания системы фондодержания.

выбор системы фондодержания. Прежде чем переходить к реализации системы фондодержания, следует определиться с выбором принципа организации фондодержания (реальное или условное); уровня фондодержания (полное или частичное); масштаб реализации новой системы (эксперимент в нескольких организациях или более широкое ее распространение); “глубины” фондодержания (поликлиника-фондодержатель или отделение участковых врачей – фондодержатель).

Принцип организации фондодержания. Реальное фондодержание имеет преимущество перед условным, поскольку наличие финансового риска стимулирует внедрение эффективных методов организации труда, освоение прогрессивных медицинских технологий, активизирует творческий потенциал персонала. Однако оно требует значительных усилий по повышению уровня квалификации врачей первичного звена и управленческой культуры менеджеров здравоохранения, по разработке нормативной базы, массовому обучению персонала, формированию единого медико-экономического информационного пространства.

В этом отношении система условного фондодержания несколько проще. Она может быть использована как переходный этап к реальному фондодержанию, выполняя “трениговую” функцию.

Уровень фондодержания. Преимущество неполного фондодержания – его относительная простота, меньшие объемы администрирования системы. Однако в этом случае основная масса резервов системы медицинской помощи, которые фондодержание может мобилизовать, оказывается за пределами влияния первичного звена. Резервы специализированной амбулаторной помощи весьма невелики, и их мобилизация не позволяет реализовать эффективное стимулирование первичного звена и соответственно достичь основных целей, ради которых вводится фондодержание, – усиления

профилактической направленности и повышения структурной эффективности системы медицинской помощи.

Масштабы реализации новой системы. Постепенное (с использованием пилотных организаций) распространение системы фондодержания, на первый взгляд, упрощает задачу, позволяет провести отработку отдельных организационных проблем без вовлечения в этот болезненный процесс широкого круга участников. Вместе с тем, такой путь создает и целый ряд серьезных проблем одновременного функционирования медицинских организаций, использующих разнородные организационные технологии (сложившиеся и основанные на принципе фондодержания).

Прежде всего это необходимость введения двух параллельных систем учета, отчетности и анализа во всех медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам пилотных поликлиник. Немалые сложности возникают и при организации оплаты медицинских услуг, а также при организации информационных потоков. Соответственно, возрастают затраты на администрирование системы.

“Глубина” фондодержания. Наибольшие результаты дает система, в которой новая экономическая мотивация носит “сквозной” характер, достигая каждого работника. Конечно, сделать все сразу достаточно сложно, поэтому, скорее всего, следует начинать с системы “поликлиника-фондодержатель”, не откладывая надолго формирование внутриучрежденческих отношений.

Первый шаг в этом направлении – сбор информации о внешних потоках услуг по отдельным участкам и отделениям, сравнение этих внешних потоков и выявление причин существенных отклонений от средней величины. Врачи должны осознать, что эти различия в большинстве случаев определяются не объективными причинами, а различиями в объемах и качестве работ, а в итоге – уровнем квалификации врача и интенсивностью его труда. С этого начинается реальное вовлечение врачей в систему фондодержания.

Выбор вышеуказанных параметров реализации фондодержания должен быть сделан после серьезной оценки ситуации, сложившейся в системе регионального здравоохранения, уровня менеджмента,