

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

И.М. Степанов, К.И. Головицкий

**РЕАЛИЗАЦИЯ МОДЕЛИ ОДНОКАНАЛЬНОГО
ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА СЧЕТ
СРЕДСТВ ОМС С ПОДУШЕВЫМ МЕТОДОМ ОПЛАТЫ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА ПРИКРЕПЛЕННОЕ
НАСЕЛЕНИЕ В КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Препринт WP8/2011/06

Серия WP8

Государственное
и муниципальное управление

Москва

2011

УДК 338:61
ББК 65.495
С79

Редакторы серии WP8
«Государственное и муниципальное управление»
А.Г. Барабашев, А.В. Клименко

Степанов, И. М. Реализация модели одноканального финансирования здравоохранения за счет средств ОМС с подушевым методом оплаты медицинской помощи за прикрепленное население в Калининградской области : препринт WP8/2011/06 [Текст] / **И. М. Степанов, К. И. Головщинский** ; Высшая школа экономики. — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 20 с. — 150 экз.

В настоящей работе рассмотрен во многом противоречивый опыт реализации модели одноканального финансирования регионального здравоохранения за счет средств ОМС с подушевым методом оплаты медицинской помощи за прикрепленное население в Калининградской области.

УДК 338:61
ББК 65.495

Препринты Высшей школы экономики
размещаются по адресу: <http://new.hse.ru/org/hse/wp>

© Степанов И.М., 2011
© Головщинский К.И., 2011
© Оформление. Издательский дом
Высшей школы экономики, 2011

Содержание

Введение	4
1. Финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования (внедрение системы одноканального финансирования здравоохранения через систему ОМС)	5
2. Внедрение подушевого метода оплаты медицинской помощи за прикрепленное население	6
3. Организация вневедомственного контроля качества в системе здравоохранения Калининградской области	10
4. Новая система оплаты труда в учреждениях здравоохранения Калининградской области	12
5. Результаты реформы организации и финансирования здравоохранения в Калининградской области	16
6. Существующие недостатки при реализации реформы финансирования здравоохранения	17

Введение

Основной задачей совершенствования региональной системы здравоохранения Калининградской области¹ является такое изменение её организации и управления, которое обеспечило бы эффективную экономическую мотивацию самой системы к достижению позитивных результатов в вопросах охраны здоровья населения, профилактики и лечения заболеваний. Существовавшая ранее модель организации системы стимулировала её экстенсивное развитие: возрастающие ежегодно объёмы финансирования системы не обеспечивали ожидаемого результата в части соответствующего улучшения показателей здоровья населения и качества оказываемой медицинской помощи. Очевидно, что такая система организации и управления здравоохранением нуждалась в совершенствовании.

С 1 января 2007 г. в Калининградской области осуществлен переход на одноканальное финансирование здравоохранения за счет средств ОМС с подушевым методом оплаты медицинской помощи за прикрепленное население и полным фондодержанием.

Мероприятия по переходу на одноканальную модель финансово-го обеспечения здравоохранения за счет средств ОМС и внедрению подушевого метода оплаты медицинской помощи за прикрепленное население являются составной частью реформ организации и совершенствования финансирования здравоохранения Калининградской области, которые были определены в *концепции развития здравоохранения и государственной политики по охране здоровья населения на 2003–2007 гг., утвержденной постановлением Администрации Калининградской области от 24 июля 2003 г. № 418.*

¹ Тезисы доклада о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения Калининградской области и отчет о ходе реализации целевой программы Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2007–2011 гг.», 2009 (http://www.gov39.ru/phocadownload/docs_min/minzdrav/minzdrav-drond2008.pdf).

1. Финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования (внедрение системы одноканального финансирования здравоохранения через систему ОМС)

В 2008 г. доля средств ОМС в совокупном объеме финансирования здравоохранения субъекта Российской Федерации из бюджетов всех уровней и средств ОМС составила 85%².

Оставшейся долей (15%) в структуре финансирования здравоохранения Калининградской области являются средства областного и местных бюджетов, которые направляются на закупку дорогостоящего медицинского оборудования и строительство объектов здравоохранения, а также другие капитальные расходы в рамках утвержденных целевых программ Калининградской области.

В настоящее время в Калининградской области оплата всех видов медицинской помощи осуществляется за счет средств ОМС в соответствии с территориальной программой государственных гарантий, включая скорую медицинскую помощь и медицинскую помощь, оказываемую при социально значимых заболеваниях в государственных учреждениях здравоохранения.

Консолидация средств в Калининградском областном фонде ОМС осуществлялась за счет уменьшения части дотаций муниципальным образованияам на здравоохранение и увеличения взноса на неработающее население. Для этого специалистами Министерства финансов Калининградской области был произведен расчет суммы уменьшения дотации по каждому муниципальному образованию.

Данная схема консолидации средств в бюджете Территориального фонда ОМС реализуема при условии, что все муниципальные образования региона являются дотационными. В случае Калининградской области данное условие выполнено, включая город Калининград.

Оплата всех видов медицинской помощи осуществляется по тарифам, разработанным исходя из фактических расходов ЛПУ до проведения реформы финансирования здравоохранения. Тарифы явля-

² Рассчитано по данным отраслевой отчетной формы N 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» за 2008 г.

ются едиными для всех учреждений здравоохранения Калининградской области вне зависимости от типа ЛПУ.

Переход на одноканальную модель финансирования здравоохранения за счет средств ОМС позволил внедрить на территории области подушевой метод оплаты медицинской помощи за прикрепленное население с полным фондодержанием. Другими словами, подушевой норматив финансирования лечебно-профилактических учреждений, имеющих прикрепленное население, включает в себя затраты на оказание всех видов медицинской помощи, включая скорую медицинскую помощь, а также специализированную стационарную медицинскую помощь в областных государственных учреждениях здравоохранения.

2. Внедрение подушевого метода оплаты медицинской помощи за прикрепленное население

Переход на подушевое финансирование амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, в Калининградской области осуществлялся в четыре этапа.

Первый этап: с 01.02.2003. Первой в эксперимент по внедрению подушевого метода оплаты медицинской помощи за прикрепленное население вошла Нестеровская центральная районная больница, в составе которой три врачебных амбулатории: «Чистые пруды», «Ясная поляна» и Пригородная амбулатория. Численность прикрепленного населения на момент начала эксперимента составляла 17,2 тыс. человек.

Второй этап: с 01.08.2003. В эксперимент по внедрению подушевого метода оплаты медицинской помощи за прикрепленное население вошла Гусевская центральная районная больница с численностью прикрепленного населения 36,6 тыс. человек на момент начала эксперимента.

Третий этап: с 01.07.2004. На подушевой метод оплаты медицинской помощи за прикрепленное население перешли Светловская, Гвардейская, Правдинская, Славская центральные районные больницы. В результате общая численность населения, прикрепленного к ЛПУ, участвовавшим в эксперименте по внедрению подушевого

метода оплаты медицинской помощи за прикрепленное население, составила **154,1 тыс. человек (16,4% от общей численности населения Калининградской области)**.

Четвертый этап: с 01.01.2007. С 1 января 2007 г. все лечебно-профилактические учреждения Калининградской области, имеющие прикрепленное население, перешли на подушевой метод оплаты медицинской помощи.

Сильным мотивом для полномасштабного внедрения новой модели финансирования здравоохранения стало участие Калининградской области в реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения в 2006–2008 гг. в рамках которого решались следующие задачи:

- переход на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования с использованием подушевого метода оплаты медицинской помощи фондодержателями;
- совершенствование методов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования, направленное на смещение акцентов в лечении в сторону амбулаторно-поликлинического звена, развитие стационарозамещающих технологий;
- совершенствование системы мер, направленных на рациональное расходование средств лечебных учреждений и здравоохранения в целом, а также инструментом совершенствования системы управления качеством оказываемой медицинской помощи.

Итак, с 2007 г. все лечебно-профилактические учреждения Калининградской области, имеющие прикрепленное население, финансируются по подушевому нормативу.

Подушевой норматив дифференцирован для детского и взросло-го прикрепленного населения: для детского населения подушевой норматив составляет 220 руб. на одного прикрепленного в месяц, для взрослого населения — 190 руб. на одного прикрепленного в месяц. При этом подушевой норматив является одинаковым для всех амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, вне зависимости от сложившихся различий в фактических расходах на единицу медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях до проведения реформы финанси-

рования здравоохранения. Данное решение направлено на повышение эффективности расходов в ЛПУ и обеспечение равных экономических условий для поликлиник Калининградской области.

При этом установление единых подушевых нормативов для всех ЛПУ, по мнению экспертов Калининградской области, стало результатом политического решения, принятого на уровне Администрации Калининградской области.

Подушевой норматив увеличивается для ЛПУ-фондодержателя в том случае, если учреждение берет на себя дополнительные функции по медицинскому обслуживанию прикрепленного населения, например, амбулаторный прием по социально значимым заболеваниям.

Средства, полученные в качестве подушевого норматива финансирования ЛПУ, аккумулируются (учитываются) на уровне учреждения здравоохранения, имеющего прикрепленное население.

Таким образом, в качестве ЛПУ-фондодержателей в Калининградской области могут выступать самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений любой формы собственности, а также врачи общей (семейной) практики, оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий оказания населению Калининградской области бесплатной медицинской помощи, к которым прикрепилась граждане для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

ЛПУ-фондодержатели за счет средств, полученных по подушевому нормативу, оплачивают медицинскую помощь, оказанную прикрепленным гражданам в других ЛПУ, в том числе скорую, стационарную медицинскую помощь и другие медицинские услуги, которые не могут быть оказаны в рамках собственной деятельности фондодержателя (за исключением медицинской помощи по социально значимым заболеваниям, оказываемой в государственных учреждениях здравоохранения — данные расходы не включены в состав подушевого норматива). При этом оператором всех взаиморасчетов между ЛПУ Калининградской области выступают страховые медицинские организации.

По итогам каждого месяца СМО подводят финансовые итоги работы ЛПУ-фондодержателей и направляют остаток неизрасходованных средств на счет ЛПУ-фондодержателя.

В Калининградской области действует порядок прикрепления жителей к терапевтическим (педиатрическим) участкам, утвержденный приказом Министерства здравоохранения. Порядок прикрепления предполагает свободный выбор граждан поликлиники для прикрепления, при этом отсутствуют какие-либо временные ограничения при выборе поликлиники — гражданин в любой момент может сменить поликлинику. Технически процесс организован таким образом, что гражданину, который хочет сменить поликлинику, достаточно обратиться в любое медицинское учреждение для прикрепления (открепительный талон при этом не требуется). По результатам обращения поликлиника-фондодержатель формирует списки и подает их в СМО не позже установленного срока каждого месяца. Далее все СМО формируют соответствующие регистры прикрепленного населения в разрезе ЛПУ-фондодержателей и направляют списки в Калининградский фонд обязательного медицинского страхования, где информация сводится в единый регистр, производится расчет финансирования ЛПУ-фондодержателей в очередном месяце по подушевым нормативам. Исходя из полученных результатов расчетов ТФОМС финансирует СМО по соответствующим дифференцированным подушевым нормативам.

Внедрение системы подушевого финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население, связывают с наличием рисков снижения качества медицинской помощи, которые обусловлены формированием экономической мотивации врачей первичного звена в условиях фондодержания, выраженной в стремлении снижения расходов на оплату внешних медицинских услуг. Другими словами, при отсутствии соответствующих компенсаторных механизмов возможно увеличение случаев необоснованного отказа в госпитализации, невыполнение стандартов диагностики и лечения заболеваний.

Однако численная оценка данных рисков не проводилась по существующим, на наш взгляд, объективным причинам. Во-первых, для проведения такого рода оценок требуется создание методологии оценки, разработка которой требует существенных затрат и привлечения высококвалифицированных специалистов, во-вторых, эффективная вероятностная оценка рисков фондодержания возможна только при наличии ретроспективных статистических данных, но на текущий момент таких данных не существует, поскольку подобные экс-

перименты только начинают проводиться в некоторых регионах страны. В-третьих, сама оценка рисков фондодержания требуется для внедрения механизмов по их сдерживанию, при этом эффективность предполагаемых механизмов также не изучена. Поэтому численная оценка рисков имеет низкую ценность с точки зрения практического использования.

В данной ситуации конструкция системы здравоохранения при внедрении фондодержания должна основываться на теоретических выкладках относительно мотивации различных субъектов системы здравоохранения и существующем мировом опыте организации похожих моделей финансирования здравоохранения при существующих законодательных ограничениях, установленных нормативными правовыми актами на уровне Российской Федерации.

Анализ системы здравоохранения Калининградской области показывает, что Министерством здравоохранения Калининградской области совместно с Калининградским фондом обязательного медицинского страхования предприняты две основные меры, направленные на сдерживание рисков фондодержания и направленные на повышение эффективности системы здравоохранения:

1. Усиление функции вневедомственного контроля качества медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций.

2. Внедрение механизма оценки эффективности ЛПУ, структурных подразделений ЛПУ, а также системы оплаты труда работников учреждений здравоохранения, обеспечивающей зависимость заработной платы от результатов труда, включая объемы и качество оказанных медицинских услуг.

3. Организация вневедомственного контроля качества в системе здравоохранения Калининградской области

В целях предупреждения подобной реакции ЛПУ на реформу финансирования в системе здравоохранения Калининградской области были предприняты меры по усилению функции вневедомственного контроля качества медицинской помощи, которую выполняют страховые медицинские организации, работающие в системе ОМС Калининградской области, в том числе:

1. Утвержден 1261 региональный стандарт медицинской помощи и соответствующие медико-экономические стандарты. При этом в стадии утверждения находится 871 региональный стандарт медицинской помощи.

2. Решением согласительной комиссии определен (увеличен) размер отчислений на ведение дела страховых медицинских организаций в размере 50% от финансовых санкций, накладываемых на ЛПУ в случае выявленных нарушений при проведении вневедомственного контроля качества.

3. Определен перечень критериев формирования случаев лечения, по которым экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в обязательном порядке (данные случаи формируются в страховых медицинских организациях автоматически из реестра оплаченных счетов с помощью аналитической информационной системы).

4. Установлены и существенно увеличены планы по проведению экспертизы качества медицинской помощи для каждой страховой медицинской организации. Всего в 2008 г. страховыми медицинскими организациями проведено 47985 экспертиз.

5. Страховыми медицинскими организациями проводятся тематические экспертизы по отдельным группам заболеваний (например, гипертония). Впоследствии по итогам проведенных экспертиз и проведенной аналитической работы проводятся семинары с участием представителей ЛПУ, СМО, ведущих российских медицинских институтов по организации лечения больных гипертонией, разрабатываются стандарты медицинской помощи. Страховые медицинские организации закупают медицинское оборудование за счет средств резерва предупредительных мероприятий.

Существенным недостатком при внедрении системы фондодержания является отсутствие экономической взаимосвязи между формализованной оценкой ЛПУ по показателям результативности и перечислением остаточного дохода из СМО в ЛПУ-фондодержатель. Как следствие наблюдается низкая роль страховых медицинских организаций в обеспечении качества медицинской помощи, отсутствуют механизмы разделения рисков между страховщиками и ЛПУ, связанных как с нарушением финансовой устойчивости учреждений здравоохранения, так и со снижением уровня качества медицинской помощи.

По большому счету роль страховщиков сводится к осуществлению функции по вневедомственной экспертизе качества медицин-

ской помощи. В этом случае экономическая заинтересованность страховщиков состоит в выявлении нарушений при ведении медицинской документации и выполнении стандартов медицинской помощи. При этом отсутствует реальное участие страховщиков в процессе планирования объемов медицинской помощи, мероприятиях, направленных на повышение качества медицинской помощи. Данная ситуация вызвана, прежде всего, отсутствием экономической мотивации. Доходы страховщиков не зависят от конечных результатов деятельности лечебно-профилактических учреждений, например, таких, как количество вызовов скорой медицинской помощи на 100 тыс. прикрепленного населения, доля экстренных госпитализаций в больничные учреждения, смертность на дому, доля вызовов скорой медицинской помощи по причине обострения хронических заболеваний и проч.

В результате цели страховщиков в новой системе финансирования здравоохранения расходятся с целями системы здравоохранения региона: цель системы — это обеспечение качественной и доступной медицинской помощи, направленной на снижение уровня смертности и заболеваемости, а цель страховщиков в отсутствии экономических механизмов — это выявление нарушений вне зависимости от достигнутых результатов ЛПУ-фондодержателя. Это подтверждается и характером выявленных нарушений — до 50% наложенных санкций на ЛПУ Калининградской области связаны с неправильным ведением медицинской документации, что в действительности слабо отражает уровень качества и доступности медицинской помощи в системе ОМС.

4. Новая система оплаты труда в учреждениях здравоохранения Калининградской области

Система оплаты труда, действующая в учреждениях здравоохранения субъекта РФ, является одним из важнейших аспектов функционирования системы здравоохранения региона, который определяет качество и доступность предоставляемой жителям территории медицинской помощи.

Переход к подушевому методу оплаты медицинской помощи прикрепленное население с полным фондодержанием в Калинин-

градской области связан с определенными рисками снижения качества и доступности медицинской помощи. Поэтому внедрение новой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения Калининградской области, обеспечивающей зависимость размера заработной платы от результатов труда, в том числе от качества оказанной медицинской помощи, и направленной на повышение ответственности медицинских работников за принимаемые в ходе лечебной практики решения, является важнейшим механизмом по снижению рисков фондодержания.

Переход на новую модель организации и финансирования здравоохранения Калининградской области в 2007 г. сопровождался внедрением механизмов оценки эффективности деятельности как лечебно-профилактических учреждений, так и структурных подразделений и работников ЛПУ.

Реализация данных механизмов обеспечивалась за счет принятия следующих нормативных правовых актов:

- приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 8 августа 2007 № 203 «О методических рекомендациях по оплате труда работников учреждений здравоохранения Калининградской области, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования, повышения экономической мотивации работников учреждений здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программе ОМС, необходимости обеспечения условий для оплаты труда работников в зависимости от их личного участия в эффективном функционировании учреждения, достижения справедливости, публичности и коллегиальности в решении вопросов оплаты труда»;
- приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 19 октября 2007 г. № 278 «О создании в учреждениях здравоохранения Калининградской области, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, Советов по оценке эффективности деятельности структурных подразделений и работников ЛПУ и распределению фонда оплаты труда».

В связи с введением с 1 апреля 2009 г. новой системы оплаты труда в государственных учреждениях Калининградской области существенно изменились правила регулирования заработной платы в части определения размеров должностных окладов и выплат компенсационного

характера. При этом документы, регулирующие оценку труда работников учреждений здравоохранения, были актуализированы.

Итак, в соответствии с Постановлением Правительства Калининградской области от 28 января 2009 г. N 18 «О новых системах оплаты труда работников государственных учреждений Калининградской области, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе тарифной системы оплаты труда» с 1 апреля 2009 г. для работников государственных учреждений Калининградской области введены новые системы оплаты труда.

На основании данного документа приказом Министерства здравоохранения от 27 февраля 2009 г. № 48 «О введении новой системы оплаты труда для работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, финансируемых за счет средств областного бюджета» утверждено примерное положение об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области, финансируемых за счет средств областного бюджета.

Кроме того, для внедрения новой системы оплаты в государственных учреждениях здравоохранения Калининградской области и в целях методического обеспечения перехода на новую систему оплаты труда в муниципальных учреждениях здравоохранения приняты дополнительные нормативные правовые документы, в том числе:

- приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 15 января 2009 г. № 7 «О методических рекомендациях по оплате труда работников учреждений здравоохранения Калининградской области, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования» (в редакции приказа Министерства здравоохранения Калининградской области от 17 марта 2009 г. № 69);
- приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 8 января 2009 г. № 102 «О порядке проведения тарификации работников государственных учреждений здравоохранения Калининградской области»;
- приказ Министерства здравоохранения Калининградской области от 20 февраля 2009 г. № 40 «О введении в состав Советов по оценке деятельности структурных подразделений и работников ЛПУ и распределению фонда оплаты труда государственных учреждений здравоохранения Калининградской области.

В соответствии с нормативными правовыми документами Калининградской области система оплаты труда работников государственных учреждений предусматривает три вида выплат:

- должностные оклады в соответствии с профессиональными квалификационными группами;
- компенсационные выплаты, установленные трудовым законодательством РФ;
- выплаты стимулирующего характера.

Поскольку полномочия по установлению систем оплаты труда в государственных учреждениях закреплены за субъектом РФ, то, несмотря на существующее трудовое законодательство РФ, системы оплаты труда в регионах по отдельным аспектам могут существенно различаться.

Новая система оплаты труда в учреждениях здравоохранения Калининградской области основана на следующих принципах:

1. Децентрализация права установления размера должностных окладов работников учреждения здравоохранения по профессиональным квалификационным группам, а также установления порядка и условий выплат стимулирующего характера на уровень руководителя учреждения здравоохранения.

2. Централизация права регулирования выплат компенсационного характера на уровне Министерства здравоохранения Калининградской области. Условия, размеры и порядок осуществления выплат компенсационного характера определены приказом Министерства здравоохранения Калининградской области

3. Централизация порядка тарификации в государственных учреждениях здравоохранения.

4. Дифференциация размеров должностных окладов установлена приказом Министерства здравоохранения Калининградской области и носит рекомендательный характер.

5. Определена возможность установления повышающих коэффициентов к должностным окладам двух видов: общие и персональные. При этом применение повышающих коэффициентов не образует новый оклад, то есть по смыслу выплата носит характер стимулирования.

6. Право принятия решения по установлению выплат стимулирующего характера в учреждениях здравоохранения установлено за Советами по оценке эффективности деятельности структурных подразделений и работников ЛПУ и распределению фонда оплаты труда.

Проводя анализ новой системы оплаты труда в учреждениях здравоохранения Калининградской области в условиях функционирования системы фондодержания и одноканального финансирования здравоохранения через систему ОМС, можно сделать следующие выводы:

1. Механизм регулирования должностных окладов в учреждениях здравоохранения представляется оправданным в условиях высокой экономической самостоятельности учреждений здравоохранения, так как величина фонда оплаты труда зависит исключительно от эффективности работы учреждения здравоохранения, поэтому средний размер заработной платы одного работника может существенно варьироваться в учреждениях здравоохранения. Таким образом, делегирование права установления размеров должностных окладов на уровень руководителя учреждения является адекватным действующей системе финансирования учреждений здравоохранения решением. Это позволяет соблюдать эффективные пропорции должностного оклада, выплат компенсационного и стимулирующего характера на уровне учреждения здравоохранения. С другой стороны, это позволяет избегать ситуации, когда, например, выплаты стимулирующего характера достигают размеров, которые существенно превышают должностной оклад (данная ситуация может приводить к тому, что стимулы врачей сводятся к увеличению интенсивности труда в ущерб качеству предоставляемой медицинской помощи).

2. Существенным недостатком является отсутствие формализованных критериев оценки труда работников учреждений здравоохранения, несмотря на то, что решение по определению размера выплат стимулирующего характера принимается коллегиально Советом по оценке эффективности деятельности структурных подразделений и работников ЛПУ и распределению фонда оплаты труда.

5. Результаты реформы организации и финансирования здравоохранения в Калининградской области

В настоящее время представляется проблематичным давать оценку эффективности функционирования системы здравоохранения Калининградской области в условиях новой модели финансирования учреждений здравоохранения в силу того, что для формирования объективного суждения по данному вопросу необходимо наличие:

- во-первых, методологии оценки системы здравоохранения субъекта при переходе к новой модели финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий, включая систему показателей;
- во-вторых, системы учета и сбора информации, позволяющей осуществлять мониторинг системы здравоохранения региона.

Тем не менее на данный момент можно сделать предварительные экспертные оценки относительно отдельных аспектов функционирования системы здравоохранения Калининградской области после ее реформирования. В частности можно констатировать, что переход на одноканальную модель финансирования здравоохранения за счет средств ОМС с подушевым методом оплаты медицинской помощи за прикрепленное население и полным фондодержанием в Калининградской области стимулировал процессы реструктуризации здравоохранения, о чем свидетельствует динамика нижеприведенных показателей:

- снижение уровня госпитализации на 1000 жителей в Калининградской области на 6% до уровня 154,7 за 2006–2008 гг.;
- снижение средней длительности лечения больных в стационарных учреждениях здравоохранения в Калининградской области на 10,5% до уровня 11,42 в 2006–2008 гг.;
- снижение объемов стационарной помощи в Калининградской области (к/дн. на 1000 жителей) на 12,6% до уровня 1798,6 в 2006–2008 гг.;
- снижение коечного фонда ЛПУ в Калининградской области в 2006–2008 г.г. (количество коек) на 17,8% до уровня 5079 в 2006–2008 гг.;
- снижение штатной численности работников учреждений здравоохранения Калининградской области на 6,7% до уровня 26309 в 2007–2008 гг.

6. Существующие недостатки при реализации реформы финансирования здравоохранения

В ходе анализа системы организации и финансирования здравоохранения можно констатировать наличие следующих недостатков:

1. При формировании подушевого норматива финансирования ЛПУ-фондодержателей не учитываются половозрастные характеристики и другие факторы, определяющие затраты на лечение прикрепленного населения. Подушевой норматив дифференцирован только в разрезе взрослого и детского населения.

2. Объединенные больничные учреждения, в состав которых входит амбулаторно-поликлиническое и стационарное подразделение, не имеют реальных стимулов к реструктуризации и снижению коечного фонда, повышению профилактической направленности здравоохранения, оптимизации затрат на лечение.

3. Отсутствует формализованная оценка результативности ЛПУ-фондодержателей по показателям, характеризующим эффективность работы ЛПУ в части профилактики заболеваний и обеспечения качественного и доступного лечения по итогам работы за отчетный период.

4. В расчет подушевого норматива не включены затраты на лечение некоторых социально значимых заболеваний (например, лечение туберкулеза), которые потенциально могут контролироваться фондодержателем.

5. Отсутствует система мониторинга функционирования системы здравоохранения в условиях одноканального финансирования и системы фондодержания.

6. Система оплаты труда врачей не предусматривает оценку профилактической работы участковых врачей.

7. Отсутствует система разделения рисков между страховыми медицинскими организациями и ЛПУ-фондодержателями.

Препринт WP8/2011/06

Серия WP8

Государственное и муниципальное управление

Степанов Илья Михайлович,
Головщинский Константин Игоревич

**Реализация модели одноканального
финансирования здравоохранения за счет средств ОМС
с подушевым методом оплаты медицинской помощи
за прикрепленное население в Калининградской области**

Зав. редакцией оперативного выпуска *А.В. Заиченко*
Корректор *Е.Л. Качалова*
Технический редактор *Н.Е. Пузанова*

Отпечатано в типографии Высшей школы экономики
с представленного оригинал-макета.
Формат 60×84 ¹/₁₆. Бумага офсетная. Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 1.
Усл. печ. 1,2. Заказ № . Изд. № 1326.

Высшая школа экономики. 125319, Москва, Кочновский проезд, 3
Типография Высшей школы экономики. 125319, Москва, Кочновский проезд, 3
Тел.: (499) 611-24-15