

УДК 614, 657 (045)
JEL I11

DOI: 10.14451/1.195.161

ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБОСНОВАНИЕ ВНЕДРЕНИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ПРИНЦИПАХ ФОНДОДЕРЖАНИЯ

© 2021 Качкова Ольга Евгеньевна

кандидат экономических наук, доцент,
заместитель руководителя Департамента аудита и корпоративной отчетности
Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Россия, Москва
<https://orcid.org/0000-0003-1439-2845>

© 2021 Кришталева Таисия Ивановна

доктор экономических наук, профессор Департамента аудита и корпоративной отчетности
Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, Россия, Москва
<https://orcid.org/0000-0003-4297-5917>

В статье рассмотрены подходы к оценке региональных показателей эффективности функционирования системы здравоохранения для выработки предложений по внедрению новых форм финансового обеспечения медицинской помощи на принципах фондодержания (на примере Московской области).

Ключевые слова: Фондодержание, медико-демографические ситуации, ресурсная обеспеченность, заболеваемость населения, оплата медицинской помощи.

Для повышения доступности медицинской помощи в условиях фондодержания необходимо обеспечить реальное право гражданина на выбор медицинской организации, на фоне расширения информирования граждан о деятельности медицинских организаций. Пациент должен перейти от неинформированного просителя медицинской помощи к информированному потребителю. Рейтинг медицинских организаций по показателям доступности и качества оказания медицинской помощи является важным условием реализации права гражданина на выбор медицинской организации [7, С. 41].

Предоставить медицинским организациям финансовую автономию на основе модели конечных результатов деятельности и взаиморасчетов с исполнителями медицинских услуг сможет модель фондодержания. В распоряжении медицинской организации фондодержателя должны оставаться те финансовые средства, которые были сэкономлены в ходе процесса использования действенных технологий по диагностике, лечению и реабилитации пациентов.

Фондодержание позволит создать пациентоориентированную модель в системе ОМС, обеспечивающую осознанный выбор медицинской организации и доступность медицинских услуг для застрахованных, а медицинским организациям

мотивированность к внедрению ресурсосберегающих технологий, обеспечивающих массовую профилактику заболеваний, эффективную реабилитацию и качественную медицинскую помощь [15, С. 193].

Учитывая низкую эффективность модели финансирования, основанной на простой подушевой оплате и реализуемой в настоящее время в большинстве субъектов Российской Федерации, представляется целесообразным провести более детальный анализ показателей деятельности региональных систем здравоохранения, демонстрирующих необходимость совершенствования организационно-управленческих подходов к формированию государственного задания на оказание медицинской помощи, распределению объемов медицинской помощи по видам, формам и условиям ее оказания, механизмам и порядкам взаимодействия медицинских организаций, реализующих территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также принципам финансового обеспечения данных мероприятий [3, С.47].

Наиболее изученным и показательным регионом для данного исследования с последующей апробацией предложений является Московская область по следующим причинам:

1. Региональная модель финансирования ПМСП с элементами использования фондодержания имела успешный опыт применения в 2005–2006 годах и должна была получить продолжение при наличии соответствующего финансирования и четких механизмов взаимодействия между медицинскими организациями-фондодержателями и иными медицинскими учреждениями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную, и специализированную медицинскую помощь пациентам, доработки отдельных критериев и показателей эффективности работы первичного звена здравоохранения, как главного распорядителя финансовых средств, а также при совершенствовании нормативно-правового регулирования способов оплаты за оказанную медицинскую помощь.

2. Система здравоохранения Московской области испытывает повышенное давление со стороны соседних регионов, выраженное в оттоке медицинских кадров в г. Москву (по причине более привлекательных условий труда) при одновременном росте численности обслуживаемого населения за счет миграционных процессов (в т.ч. за счет притока населения из соседних регионов). Данные обстоятельства усугубляют ситуацию с диспропорцией медицинских кадров в первичном звене здравоохранения и в стационаре, приводят к дисбалансу в ресурсном обеспечении, обуславливая необходимость поиска новых механизмов создания мотивации у медицинских работников, прежде всего финансовой, к осуществлению трудовой деятельности в данном регионе.

3. Текущая медико-демографическая ситуация в регионе при существующей ресурсной базе системы здравоохранения, смещенных акцентах на стационарное звено здравоохранения, подходах к финансовому обеспечению оказания медицинской помощи, а также результаты оценки удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи свидетельствуют о необходимости ее серьезной трансформации и перенастройки [6, С. 38].

Для оценки необходимости проведения структурных преобразований в системе здравоохранения региона, требующих, в том числе, концептуально новых подходов к организации оказания медицинской помощи, формированию преемственности на всех этапах, финансовому обеспечению для эффективного взаимо-

действия медицинских организаций, требуется детальный многокомпонентный анализ следующих параметров:

- медико-демографической ситуации;
- ресурсной обеспеченности;
- модели планирования и оплаты медицинской помощи в рамках региональной программы ОМС;
- объемов потребления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания;
- степени удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинской помощи [4].

Общая численность населения Московской области на 1 января 2020 года по данным Росстата составляет 7 690 863 человек, при этом городское население — 6 258 082 человек, или 81,4% от всего населения, сельское — 1 432 781 человек, или 18,6%.

Доля населения старше трудоспособного возраста (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше) в Московской области составляет 25,1%, в Российской Федерации — 25,9%, тогда как доля детей (0–15 лет) в Московской области — 18%, в Российской Федерации — 18,7%. Эти данные свидетельствуют о пожилом составе населения и формируют низкие показатели рождаемости и высокие показатели смертности населения Московской области [9].

Следует отметить стойкую тенденцию к росту доли лиц старше трудоспособного возраста, так, в 2012 году на данную возрастную группу приходилось 23,9%, а в 2019 году — 25,1%, при снижении доли лиц трудоспособного возраста за данный период с 61,6 до 57%. На долю мужчин в общей структуре населения приходится 46,3%, на женщин — 53,7% (в Российской Федерации соответственно 46,4% и 53,6%). В результате наличия значительной доли пожилого населения и уменьшения доли лиц репродуктивного возраста уровень рождаемости имеет тенденцию к снижению и составляет 11 на 1000 населения в 2018 году (в Российской Федерации — 10,9%). За 2019 год уровень рождаемости составил — 9,5 на 1000 населения (соответственно в Российской Федерации — 10,1%). Суммарный коэффициент рождаемости (число детей, приходящихся на одну женщину) в Московской области составляет 1,528 (в Российской Федерации — 1,57), к 2024 году планируемое значение данного показателя — 1,730, в соответствии с национальным проектом «Демография».

В 2019 году естественная убыль населения равнялась –2,5 на 1000 населения (в Российской Федерации естественная убыль составила –2,2).

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) за 2019 год в Московской области на 0,6 года выше среднероссийского значения и составляет 73,9 года (Российская Федерация –73,3 лет).

Показатели первичной заболеваемости населения Московской области в 2018 году на 9,7% ниже, чем в Российской Федерации и на 0,3% больше, чем в ЦФО.

В структуре первичной заболеваемости первое место занимают болезни органов дыхания, на которые приходится 49,4%, при этом у детей – 70,2%, у лиц старше трудоспособного возраста – 32,8%, данные представлены в таблице 1.

У детей на втором месте находятся травмы

и отравления, которые составляют 6%, далее следуют болезни кожи и подкожной клетчатки – 4,8% и инфекционные заболевания – 3,6% [1].

У лиц трудоспособного возраста на втором месте травмы и отравления – 16,2%, третье место занимают болезни кожи и подкожной клетчатки – 7,5%, далее следуют болезни системы кровообращения – 6%, мочеполовой системы – 5,9% и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 4,8%.

Второе место в структуре первичной заболеваемости лиц старше трудоспособного возраста занимают травмы и отравления – 13,9%, третье место – болезни системы кровообращения – 10,6%, затем следуют болезни кожи и подкожной клетчатки – 7,5% и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 6%.

Уровень общей заболеваемости (острые за-

Таблица 1. Общая заболеваемость населения различных возрастных групп Московской области и структура, 2018 г. [9].

| Название классов | Общая заболеваемость Все население | | Дети 0–14 | | Взрослое население | | Старше трудоспособного населения | |
|--|---------------------------------------|-------|--------------|-------|--------------------|------|----------------------------------|-------|
| | На 1000 | % | На 1000 | % | На 1000 | % | На 1000 | % |
| Зарегистрировано заболеваний – всего | 1331,3 | 100,0 | 1816,8 | 100,0 | 1208,0 | 100 | 1605,0 | 100,0 |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 36,7 | 2,8 | 60,7 | 3,3 | 31,6 | 2,6 | 22,7 | 1,4 |
| Новообразования | 49,3 | 3,7 | 9,5 | 0,5 | 58,7 | 4,9 | 108,2 | 6,7 |
| Болезни крови, кроветворных органов | 5,5 | 0,4 | 8,4 | 0,5 | 4,9 | 0,4 | 5,4 | 0,3 |
| Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ | 64,0 | 4,8 | 22,5 | 1,2 | 72,7 | 6,0 | 144,1 | 9,0 |
| Психические расстройства и рас- стройства поведения | 40,4 | 3,0 | 24,2 | 1,3 | 43,5 | 3,6 | 38,1 | 2,4 |
| Болезни нервной системы | 41,2 | 3,1 | 49,0 | 2,7 | 38,4 | 3,2 | 31,6 | 2,0 |
| Болезни глаза и его придаточного аппарата | 74,4 | 5,6 | 101,0 | 5,6 | 65,6 | 5,4 | 117,0 | 7,3 |
| Болезни уха и сосцевидного отростка | 31,5 | 2,4 | 48,3 | 2,7 | 27,6 | 2,3 | 40,0 | 2,5 |
| Болезни системы кровообращения | 174,8 | 13,1 | 13,9 | 0,8 | 212,3 | 17,6 | 423,8 | 26,4 |
| Болезни органов дыхания | 381,9 | 28,7 | 1096,3 | 60,3 | 218,3 | 18,1 | 207,4 | 12,9 |
| Болезни органов пищеварения | 85,0 | 6,4 | 88,0 | 4,8 | 83,5 | 6,9 | 106,3 | 6,6 |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки | 61,7 | 4,6 | 90,5 | 5,0 | 53,8 | 4,5 | 53,4 | 3,3 |
| Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани | 90,7 | 6,8 | 48,1 | 2,6 | 99,0 | 8,2 | 146,1 | 9,1 |
| Болезни мочеполовой системы | 82,0 | 6,2 | 32,7 | 1,8 | 92,1 | 7,6 | 89,8 | 5,6 |
| Внешние причины | 87,6 | 6,6 | 90,4 | 5,0 | 82,9 | 6,9 | 70,9 | 4,4 |

болевания, хронические заболевания впервые выявленные и ранее известные) всего населения составляет 1331 на 1000 населения, при этом максимальные показатели регистрируются у детей от 0–14 лет — 1816,8% и лиц старше трудоспособного возраста — 1605%.

В 2018 году общая заболеваемость населения в Московской области по сравнению с 2017 годом возросла почти на 2% (Российская Федерация — 1634,3%, рост на 1%, в ЦФО — 1471,8, рост на 1,6%).

Для детей 0–14 лет характерны наиболее высокие уровни инфекционных и паразитарных болезней — 60,7%, болезней уха и сосцевидного отростка — 48,3%, болезней органов дыхания — 1096,3%, болезней нервной системы — 49,0% и врожденные аномалии — 18,7% по сравнению с другими возрастными группами [1].

У подростков (15–17 лет) наиболее высокими показателями являются психические расстройства и расстройства поведения — 49,4% и болезни нервной системы — 807,2%, а также болезни глаза и его придаточного аппарата — 181,2%, болезни кожи и подкожной клетчатки — 122,6%, травмы и отравления — 220,8% [2].

Наивысшие показатели заболеваемости болезнями эндокринной системы — 144,1%, новообразованиями — 108,2%, болезнями системы кровообращения — 423,8%, болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани — 146,1% зарегистрированы у лиц старше трудоспособного возраста.

В структуре заболеваемости у детей основное место занимают болезни органов дыхания — 60,3%, далее следуют болезни глаза и его придаточного аппарата — 5,6%, болезни кожи и подкожной клетчатки — 5% [2].

У подростков также лидирующая позиция в структуре общей заболеваемости приходится на болезни органов дыхания, которые составляют 43,4%, второе место занимают травмы и отравления — 10,7%, далее следуют болезни глаза и его придаточного аппарата — 8,8%.

Для взрослого населения основная доля — 51,5% от всех заболеваний приходится на болезни органов дыхания — 18,1% и системы кровообращения — 17,6%, болезни костно-мышечной системы — 8,2% и болезни мочеполовой системы — 7,6% [10].

У лиц старше трудоспособного возраста первое место занимают болезни системы кровообращения — 26,4%, второе место приходится

на болезни органов дыхания — 12,9%, третье на болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани — 9,1%, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — 9%, данный класс болезней формируется в основном за счет сахарного диабета.

У населения Московской области в целом зарегистрированы высокие показатели заболеваемости сахарным диабетом, которые составили в 2018 году 32 случая на 1000 населения, однако эти показатели на 6,6% меньше, чем в ЦФО и на 3,4% меньше, чем в Российской Федерации. Рост общей заболеваемости сахарным диабетом с 2014 по 2018 годы составил почти 7% [6, С. 36].

В Московской области создано региональных сосудистых центров — 10, первичных сосудистых отделений — 12.

По данным 2018 года отмечена низкая доля охвата диспансерным наблюдением пациентов с ИБС — 59,2%. Данное значение ниже среднероссийского на 8,2% (Российская Федерация — 64,5%).

Отмечена низкая доля пациентов с ОКС, госпитализированных в профильные отделения (РСП и ПСО) — 76%. Данное значение ниже среднероссийского на 9,3% (Российская Федерация — 83,8%).

40% — доля пациентов с крайней степенью нарушений мозгового кровообращения, госпитализированных с отделения для лечения больных с региональными сосудистыми центрами и первичными сосудистыми отделениями (ОНМК) в первые 4,5 часа с момента начала заболевания с тем условием, что рекомендованное значение — не менее 40% [2]. Значение показателя демонстрирует положительную динамику относительно аналогичного периода прошлого года — показатель вырос на 10,5%.

Отмечено достижение рекомендованного значения показателя доли больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST, которым выполнен тромболитический (на догоспитальном и госпитальном этапах) — 25,2% (рекомендованное значение — не менее 25%). Положительная динамика показателя относительно аналогичного периода 2017 года рост на 37%.

Достижение рекомендованного значения доли ангиопластики коронарных артерий, проведенных больным с острым коронарным синдромом, к общему числу выбывших больных, перенесших острый коронарный синдром — 48,3% (рекомендованное значение — не менее 30%).

Наблюдается положительная динамика показателя относительно аналогичного периода прошлого года — показатель вырос на 26,1%.

Число ангиопластик коронарных артерий, проведенных пациентам с острым коронарным синдромом в 2018 г. составило 9169, при минимально необходимом значении — 5692. Дополнительная потребность в выполнении ангиопластик отсутствует [12].

Отмечено невыполнение рекомендованного значения показателя доли больных с ишемическим инсультом, которым выполнен системный тромболизис — 4% (рекомендованное значение — не менее 5%). Положительная динамика показателя относительно аналогичного периода прошлого года — показатель вырос на 110,5%.

Отмечена высокая летальность пациентов с ИМ в стационарах региона — 13,1%. Данное значение выше среднероссийского на 4% (Российская Федерация — 12,6%).

Рекомендованное значение показателя доли больных с острым коронарным синдромом умерших в первые сутки от числа всех умерших с острым коронарным синдромом за период госпитализации не достигнуто в 2018 г. — 37,5% (рекомендованное значение — не более 25%). Отмечена положительная динамика показателя относительно аналогичного периода прошлого года — показатель снизился на 0,8% [9].

Отмечена высокая летальность пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения — 20,3%. Данное значение выше среднероссийского на 20,8% (Российская Федерация — 16,8%).

Доля пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, умерших на догоспитальном этапе составляет 6,3%. Данное значение ниже среднероссийского на 47,1% (Российская Федерация — 11,9%).

20,3% — доля умерших больных с ишемическим и геморрагическим инсультом в стационарах региона от общего количества выбывших больных с ишемическим и геморрагическим инсультом с тем условием, что рекомендованное значение — не более 20% [2]. Наблюдается положительная динамика показателя относительно аналогичного периода 2017 года — показатель снизился на 14%.

Неудовлетворительные итоги по отдельным управляемым заболеваниям — системы кровообращения, органов пищеварения, реабилитации и лечения ЗНО, высокой смертности от отрав-

лений алкоголем свидетельствуют о нереализованном потенциале первичного звена здравоохранения в достижении позитивных результатов по данным показателям.

Медицинская помощь населению в Московской области в 2019 году оказывалась в 122 больницах, 27 диспансерах, 23 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждениях, 682 амбулаторно-поликлинических подразделениях, которые также включены в состав больничных учреждений, 30 стоматологических поликлиниках, 507 фельдшерско-акушерских пунктах, 2 врачебных здравпунктах, 15 фельдшерских пунктах [9].

В 2019 году в Московской области работали 24926 врачей и 48884 человека среднего медицинского персонала.

Обеспеченность населения врачами в Московской области ниже общероссийского уровня и по федеральному округу в целом, и составила в 2019 году 32,8 на 10 тыс. населения, рост на 3,5% (Российская Федерация — 37,6, рост на 0,5%, ЦФО — 37,9, рост на 1,3%). Обеспеченность населения средним медицинским персоналом также ниже общероссийского уровня и по округу в целом, и составила в 2019 году 67,4 на 10 тыс. населения, снижение на 0,2% (Российская Федерация — 85,8 на 10 тыс. населения снижение на 0,6%, ЦФО — 78,7 на 10 тыс. населения снижение на 0,6%), данные отражены в таблице 2.

Самая низкая укомплектованность в Московской области — это младший медицинский персонал — 83% и врачи — 85%, среди этих категорий медицинский работников и самый высокий коэффициент совместительства, данные представлены в таблице 3.

Коечный фонд стационаров в Московской области в 2019 году составил 48685 коек, в 2018 году — 49177 коек. Обеспеченность населения койками снизилась на 0,9% и составила 64,1 на 10 тыс. населения (Российская Федерация — 70,2, снижение на 1,4%, ЦФО — 65,7, снижение на 1,4%). Число пролеченных в стационарах Московской области составляет 1,4 млн. пациентов (в Российской Федерации — 29 млн.) и выполнено 225 тыс. операций.

Отмечается тенденция снижения средней длительности пребывания больного на койке, которая в 2019 году в Московской области составила — 10,3 дня (Российская Федерация — 10,8 дней).

Число вызовов скорой медицинской помощи

Таблица 2. Динамика численности врачей и среднего медицинского персонала и их обеспеченность (на 10 тыс. населения) [9].

| Показатели | Российская Федерация | | | Московская область | | |
|---|----------------------|---------|---------|--------------------|-------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Всего среднего медицинского персонала, численность | 1266181 | 1224215 | 1214893 | 51215 | 48663 | 48884 |
| обеспеченность средним медперсоналом на 10 тыс. населения | 86,2 | 83,3 | 85,8 | 68,3 | 64,9 | 67,4 |
| Всего врачей, численность | 548414 | 548818 | 551473 | 23963 | 24085 | 24926 |
| обеспеченность врачами на 10 тыс. населения | 37,3 | 37,4 | 37,6 | 31,9 | 32,1 | 32,8 |
| Врачи общей практики (семейные), всего | 11046 | 11584 | 11358 | 353 | 345 | 346 |
| обеспеченность врачами на 10 тыс. населения | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,5 | 0,5 | 0,5 |

Таблица 3. Укомплектованность (в %) и коэффициент совместительства медицинских работников в Российской Федерации и Московской области, 2019 год

| Медицинские работники | Российская Федерация | | Московская область. | |
|---------------------------------|----------------------|------------------------------|---------------------|------------------------------|
| | Укомплектованность | Коэффициент совместительства | Укомплектованность | Коэффициент совместительства |
| Врачи | 84 | 1,3 | 85 | 1,4 |
| участковые педиатры | 92 | 1,1 | 93 | 1,1 |
| участковые терапевты | 84 | 1,1 | 89 | 1,1 |
| Врачи общей практики (семейные) | 83 | 1,1 | 89 | 1,25 |
| Средний медицинский персонал | 88 | 1,2 | 88 | 1,4 |
| Младший медицинский персонал | 85 | 1,3 | 83 | 1,4 |

в Московской области в 2019 году увеличилось на 1,6%, с 302,4 до 307,1 на 1 000 населения (Российская Федерация — 300,6, рост на 0,3%, ЦФО — 308,2, рост на 1,0%).

Доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до больного менее 20 минут в 2019 году составила 88,7%, от 21 до 40 минут 8,3%, до 60 минут 2,5%, более часа 0,5% [16, С.4].

Проблемы с обеспеченностью врачами общей практики свидетельствуют о низком уровне развития этой службы в регионе, рост числа вызовов скорой медицинской помощи о неудовлетворительной работе первичного звена здравоохранения.

Нормативы объемов медицинской помощи в рамках Московской областной программы ОМС соответствуют федеральным показателям по всем условиям оказания медицинской помощи, несколько превышая установленные нормативы в условиях круглосуточного стационара и по высокотехнологичной медицинской помощи [8].

В соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС по спо-

собам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС в регионе были установлены следующие способы оплаты:

- для амбулаторно — поликлинической помощи — по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи;
- для стационарных условий, включая дневной стационар — за законченный случай лечения заболеваний, включенных в соответствующую группу КСГ/КПГ;
- для скорой медицинской помощи — по подушевому нормативу в сочетании за вызов скорой медицинской помощи.

В 2018 году в отдельных медицинских организациях области была реализована модель оплаты по подушевому финансированию на прикрепленное население, включая оплату по всем видам и условиям медицинской помощи с оценкой показателей результативности за выполнение согласованных объемов.

Особенности подушевого финансирования в Московской области:

- подушевое финансирование не основано на принципах фондодержания и взаиморасчетах между медицинскими организациями;

- в подушевое финансирование не входят профилактические мероприятия, диспансеризация, отдельные услуги — КТ, МРТ, скрининг некоторых заболеваний, оплата которых осуществляется за объем оказанных услуг.

Размер базового подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической помощи сократился с 215 руб. в 2018 году до 152 руб. к 2020 году, в связи с дополнительным исключением посещений «узких» специалистов из подушевого норматива и расширением перечня отдельных услуг, оплачиваемых по объемному способу оплаты — УЗИ, биопсия, анестезия.

- в модели подушевого финансирования ПМСП не учитываются особенности функционирования ОВП, т.е. вся амбулаторная помощь оплачивается по одним принципам;

- отсутствует модель конечных результатов деятельности амбулаторно-поликлинической службы;

- в связи с реорганизацией сети учреждений здравоохранения в виде слияния медицинских организаций в одно юридическое лицо на уровне муниципального образования и ликвидации самостоятельных медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, подушевое финансирование амбула-

торной помощи входило в состав общего финансирования деятельности всей медицинской организации [17].

Особенности оплаты по КСГ:

- оплата осуществляется в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России и ФФОМС в рамках согласованных объемов медицинской помощи;

- при условии подушевого финансирования деятельности медицинской организации на весь объем деятельности, включая стационарную помощь, оплата осуществлялась в рамках утвержденного объема финансирования через коэффициент приведения фактических объемов к плановым и ежеквартальной оценкой деятельности медицинской организации.

В региональной модели оплаты медицинской помощи амбулаторная служба заинтересована в количестве прикрепленного населения и наращивании объемов услуг профилактики (диспансеризация) и диагностики (КТ, МРТ, ПЭТ), как наиболее дорогостоящих, дополняющих подушевое финансирование. Объемы компьютерной томографии за год в государственных медицинских организациях возросли более чем в 2 раза, что проиллюстрировано на рисунке 1.

Качественные показатели оказания медицинской помощи и конечные результаты деятельности медицинских организаций не являются критериями в распределении объемов и

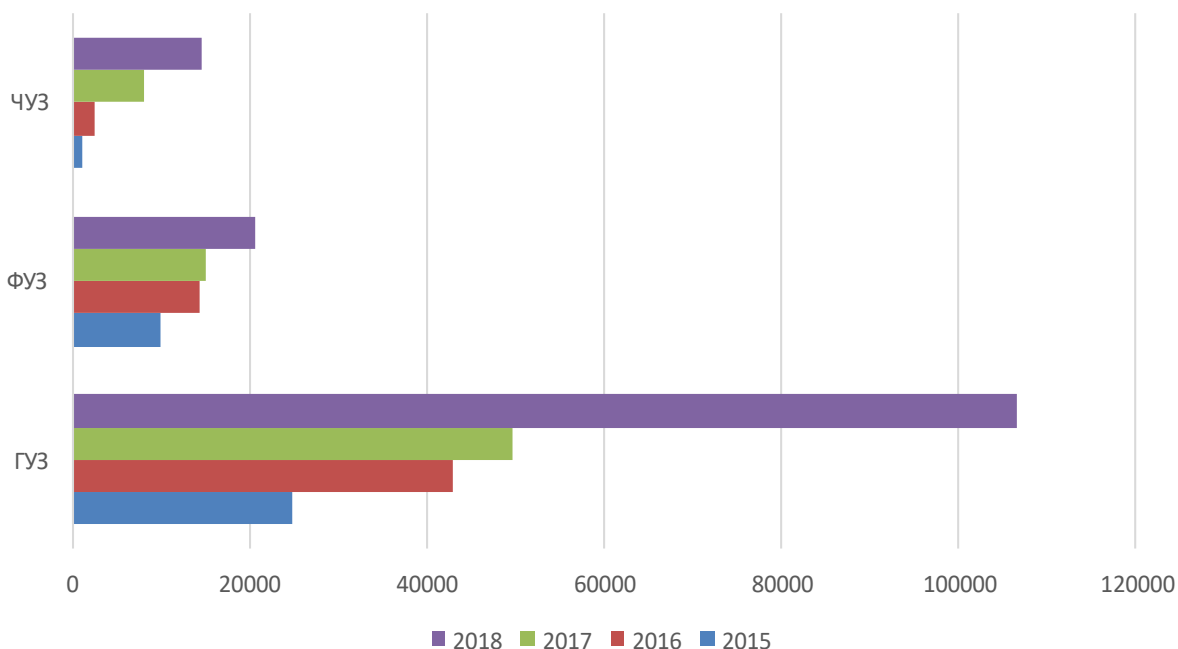


Рисунок 1. Показатели изменения объемов КТ в рамках Московской областной программы ОМС за 2015–2018 гг.

уровне оплаты оказанных медицинских услуг.

В стационарных условиях главным показателем эффективной работы подразделений является коэффициент затратоемкости КСГ, он тем выше, чем тяжелее пациент и сложнее технология его лечения.

Отсутствие модели конечных результатов деятельности медицинских организаций и системы взаиморасчетов полностью исключили взаимосвязь между поликлиникой и стационаром. Финансовое обеспечение стационарной помощи зависит от количества распределенных объемов и высокого коэффициента затратоемкости КСГ, для достижения которого не редко используются приписки по данным экспертизы [5].

Модели планирования объемов и оплаты медицинской помощи в условиях свободного выбора медицинской организации застрахованными и достаточным уровнем развития конкуренции в сфере здравоохранения должны пройти дополнительную настройку, прежде всего направленную на взаимодействие амбулаторного и стационарного звена, как единого цикла оказания медицинской помощи пациенту, в основе которого лежат конечные результаты не только лечения заболеваний, но и профилактические мероприятия [13].

На сегодняшний день мы имеем модернизированную реформами советскую инфраструктуру медицинских организаций и квазирыночные механизмы планирования и оплаты медицинской помощи. Данное сочетание позволяет содержать неэффективную структуру медицинских организаций, за счет выполнения и перевыполнения ими объемных показателей деятельности.

Анализ объемов потребления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания и половозрастной структуры по данным реестров счетов медицинских организаций, реализующих Московскую областную программу ОМС, показывает отсутствие заинтересованности медицинских организаций, оказывающих амбулаторную помощь в адекватной профилактике заболеваний, высокие уровни оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи [14].

Интегральным показателем эффективности работы системы здравоохранения является мнение граждан по результатам проведенных социологических опросов о качестве оказываемых медицинских услуг. Общее количество от-

ветов по причинам неудовлетворенности качеством медицинского обслуживания в условиях поликлиники, имеющих отрицательный тренд, составили 65%, против 35% позитивных. Общее количество причин неудовлетворенности пациентов условиями оказания стационарной помощи с отрицательным трендом по данным социологических опросов 2012–2019 гг. составляет 30%, против 70%, имеющих позитивную динамику [11].

Сохраняющийся дефицит врачей первичного звена привел в 2019 году к росту ограничений при записи на прием к специалистам. Проводимые реформы не привели к уменьшению платных медицинских услуг в поликлинике, остаются трудности с получением льготных лекарств, в стационаре остаются нерешенными вопросы бесплатного лекарственного обеспечения, качественного питания, а также соблюдения установленных программой государственных гарантий сроков госпитализации.

Анализ фактических результатов функционирования системы ОМС выявил нерешенные проблемы действующей отечественной страховой модели здравоохранения — низкая удовлетворенность населения оказанием первичной медико-санитарной помощи, высокий уровень неформальных платежей, неудовлетворительные целевые показатели заболеваемости и смертности населения, установленные национальными программами развития здравоохранения. На региональном уровне в силу приоритетов развития стационарной помощи выявляются проблемы с доступностью оказания медицинской помощи в первичном звене здравоохранения.

Для повышения эффективности работы системы здравоохранения нужны механизмы тонкой настройки действующих методов планирования, организации и оплаты медицинской помощи, направленные на конечные результаты деятельности.

Для внедрения механизмов экономического управления результатами работы первичного звена здравоохранения необходимо реализовать модель подушевого финансирования с элементами фондодержания с оплатой за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению.

Библиографический список

1. Бантьева М.Н., Маношкина Е.М. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0–14 лет в Российской Федерации//Социальные аспекты здоровья населения. № 11. 2019.
2. Голубев Н.А., Огрызко Е.В., Шелепова Е.А. Заболеваемость детей болезнями эндокринной, расстройствами питания и нарушениями обмена веществ//Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. № 3, 2019.
3. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Когда фондодержание необходимо // Менеджер здравоохранения.— 2014.— № 10.— С.47–52.
4. Дуганов М.Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях / М: ИЭПП,— 2007.— 112 с.
5. Лудупова Е. Ю. Научно-организационные принципы построения территориальной системы управления качеством медицинской деятельности: диссертация ... доктора медицинских наук.— М.: 2019. 295 с.
6. Мадьянова В.В., Арестова А. А., Винокуров В. Г., Алленов А. М. Современное состояние сферы предоставления платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях амбулаторно-поликлинической сети Москвы // Проблемы стандартизации в здравоохранении.— 2016.— № 5–6.— С. 36–40.
7. Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации//Справочник заведующего КДЛ. № 6, 2015. С. 41–76 <https://m.e.zavkdl.ru/?mid=24127> [дата обращения: 18.01.2021].
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.12.2019 г. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов <https://www.mgfoms.ru/documents/23582> [дата обращения: 20.01.2021].
9. Постановление Правительства Московской области от 27.12.2019 № 1047/45 “О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов” <http://static.government.ru/media/files/KeKsCYhldsEbwaStnPQEqubAZMbobzg.pdf> [дата обращения: 21.01.2021].
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.01.2020 № 8 «Об утверждении Стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года». Доступно по ссылке: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/73421912/> [дата обращения: 21.01.2021].
11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 ноября 2017 г. N 905 “Об утверждении методики оценки эффективности государственной программы Российской Федерации “Развитие здравоохранения”. <http://www.consultant.ru> [дата обращения: 21.01.2021].
12. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: научное обоснование “Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года” [Электронный ресурс] / Улумбекова Г.Э.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
13. Хальфин Р.А., Муравьев Д.Н., Какорина Е.П., Розалиева Ю.Ю., Кришталева Т.И. Анализ результатов внедрения подушевой оплаты с элементами фондодержания в Российской Федерации//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т.28 № 6. С.1333–1338
14. Хальфин Р.А., Какорина Е.П., Мадьянова В.В., Игнатьева М.В. Оценка эффективности деятельности органов государственной власти в сфере здравоохранения Российской Федерации / М.,— 2013.
15. Ходакова О.В. Механизмы правового регулирования качества оказываемой медицинской помощи//Забайкальский медицинский вестник. № 1. 2013. С. 193–205.
16. Шляфер С.И. Анализ показателей работы скорой медицинской помощи в России//Скорая медицинская помощь. № 2, 2019. С.4–13.
17. Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик О.Ф., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития / НИУ «Высшая школа экономики». — 2019.