

# Организационные аспекты оплаты медицинских услуг с использованием технологий полного фондодержания

И.В. Пачгин<sup>1</sup>, А.С. Сергеев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Территориальный фонд ОМС Кемеровской области, Кемерово

<sup>2</sup>Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области, Кемерово

## Резюме

В статье представлены основные предпосылки к переходу и промежуточные результаты внедрения такого способа оплаты амбулаторно-поликлинической помощи как полное фондодержание.

**Ключевые слова:** фондодержание, эффективность, первичная медицинская помощь.

## Organizational aspects of the payment of medical services with the technologies of complete fundholding

I.V. Pachgin<sup>1</sup>, A.S. Sergeev<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kemerovo Regional Fund of Compulsory Medical Insurance, Kemerovo

<sup>2</sup>Health Care Department of Administration of Kemerovo region, Kemerovo

## Summary

In the article are represented basic prerequisites for the passage and intermediate results of introducing this method of payment to ambulatory- polyclinic care as complete fundholding.

**The keywords:** fundholding, effectiveness, primary medical care.

**Координаты для связи с авторами:** pachgin@mail.ru

Развитие первичной медицинской помощи (ПМП) является одним из ключевых направлений повышения доступности, качества и эффективности услуг системы здравоохранения. Приоритетное развитие амбулаторно-поликлинической помощи (АПП) по сравнению со стационарной, проведение реформ в организации первичной медицинской помощи – актуальные задачи, стоящие в последние годы перед системой здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

На сегодняшний день первичный этап оказания медицинской помощи населению является слабым звеном здравоохранения. За последние десятилетия произошло постепенное смещение акцентов на развитие не ПМП, а специализированной помощи в условиях стационара. Что, как известно, является более сложным и затратным медицинским обслуживанием.

Существующие проблемы в организации первичной медицинской помощи привели к тому, что участковый врач не стал координатором лечебно-профилактической работы на своем участке, не обеспечивает постоянный контроль за состоянием пациента и фактически не заинтересован и не несет ответственности за объем и качество оказываемой помощи. Снизилась преемственность в наблюдении за пациентами при хронических заболеваниях. Практически утрачен метод диспансерного наблюдения в практике участкового врача.

Указанные недостатки ведут к поздней диагностике заболеваний, несвоевременному лечению, переходу заболева-

ния в хроническую стадию, возникновению осложнений, которых можно было бы избежать при системном подходе к пациенту. При этом страдает не только медицинская, но и экономическая эффективность. Как следствие, отсутствие мотивации участкового врача к профилактической направленности своей деятельности, повышению качества медицинских услуг, реализации функции координации лечебно-диагностического процесса на всех этапах, эффективному использованию как имеющихся в его распоряжении ресурсов, так и ресурсов системы здравоохранения в целом.

Оплата труда врача за количество посещений приводит к тому, что чем ниже уровень здоровья населения а, следовательно, выше обращаемость, тем больше заработок врача. Резюмируя все вышесказанное можно констатировать, что сегодня существует серьезная проблема – слабая заинтересованность врачей первичного звена (поликлиники) в здоровье населения.

При сравнении существующих систем финансирования здравоохранения становится очевидно, что не только полностью государственная, но и полностью частная медицинская помощь не дает полного охвата и удовлетворения помощью (доступность помощи страдает и при том варианте, и при другом). Путем решения указанной проблемы представляется создание таких условий, чтобы интересы врача и пациента совпадали. Врач должен получать моральное и материальное удовлетворение от своей работы, а пациент – своевременную и квалифицированную медицинскую помощь.

Одной из экономических моделей, которая должна повысить мотивацию труда работников первичного звена и улучшить структурную эффективность амбулаторно-поликлинического этапа оказания медицинской помощи является полное фондодержание в сочетании с развитой системой контроля качества.

Фондодержание по смыслу бюджетного законодательства – это распоряжение денежными средствами государственного финансирования здравоохранения. Как способ оплаты медицинской помощи полное фондодержание предполагает, что амбулаторно-поликлиническое звено получает в свое распоряжение финансовые средства не только на собственную деятельность, но и на оплату услуг, оказанных прикрепившимся к нему пациентам в других медицинских учреждениях. Фондодержатель заинтересован в рациональном расходовании финансовых средств, поскольку часть экономии этих средств может быть использована на экономическое и социальное развитие учреждения и материальное стимулирование персонала. Полное фондодержание является мощным инструментом экономического регулирования, позволяющим эффективно стимулировать увеличение объемов медицинской помощи на уровне первичного звена, и соответственно обеспечивать переток финансовых ресурсов в данный сектор здравоохранения. Но, в то же время, полное фондодержание – одна из самых сложных мо-

делей финансирования с точки зрения администрирования системы, технологии ее реализации и необходимости принятия организационно-управленческих мер по снижению риска недоступности медицинской помощи для населения и случаев финансового банкротства фондодержателей.

Основные принципы полного фондодержания заключаются в следующем.

Средства передаются поликлинике — фондодержателю в объеме муниципального задания и это максимальный объем денежных средств для территории. Они включают затраты на оказание прикрепленному населению всех видов медицинской помощи — амбулаторно-поликлинической, стационарозамещающей и стационарной, и не только на своей территории, но и за ее пределами. Бюджет фондодержателя включает все планируемые затраты на медицинскую помощь прикрепленному населению в рамках Территориальной программы ОМС.

В Кемеровской области имеется многолетний опыт планирования муниципальных заданий, полностью соответствующий задачам внедряемого способа оплаты. Муниципальное задание планируется в 2-х аспектах: с одной стороны — это объемы медицинской помощи для медицинских учреждений данной территории, которые учитывают, в том числе, и объемы для жителей других территорий. С другой стороны, муниципальное задание определяет объемы медицинской помощи для застрахованных на данной территории, и здесь уже учитывается не только медицинская помощь на территории, но и за ее пределами. Таким образом, в согласованных и утвержденных муниципальных заданиях есть вся необходимая информация для расчета бюджета фондодержателя. И для тех территорий, на которых имеется лишь одно медицинское учреждение, бюджет фондодержателя может быть принят равным муниципальному заданию.

Учитывая возможность незапланированного роста расходов на медицинскую помощь (эпидемическая заболеваемость, социально-экономические и техногенные факторы и т.д.), часть средств резервируется на счете страховой медицинской организации как резерв фондодержателя. Таким образом, происходит разделение финансовых рисков, что достаточно важно для амбулаторно-поликлинического учреждения, т.к. являясь фондодержателем, оно может столкнуться с ситуацией, когда пациентам понадобятся дорогостоящие медицинские услуги, на оплату которых не будет средств. Размер средств для формирования резерва фондодержателя определяется Тарифным соглаше-

нием, на 2009 год он составляет 5%.

При определении итогов фондодержания фактические затраты на оказание медицинской помощи сравниваются с плановыми. Если фактические затраты меньше плановых, результат считается положительным, и часть суммы экономии затрат перечисляется на счет фондодержателя. Если фактические затраты превышают запланированные, то медицинское учреждение — фондодержатель принимает участие в компенсации части (20%) дополнительных расходов. В этом случае фондодержатель анализирует затраты более подробно, уточняя вид помощи, затраты по которому превысили запланированные, далее выясняются причины, приведшие к увеличению затрат. Финансовые результаты фондодержания определяются ежемесячно, но средства перечисляются на счет фондодержателя по итогам полугодия с учетом оценки модели конечных результатов. Модель конечных результатов утверждена приказом Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

Фондодержание, как способ оплаты медицинской помощи, в Кемеровской области стал применяться со 2 квартала 2008 года в 2-х медицинских учреждениях — в поликлиниках Тисульской и Юргинской ЦРБ, являющихся «пилотными объектами» по отработке отраслевой системы оплаты труда. Фондодержание в этом случае дает больше самостоятельности руководителям — оптимизацию штатной численности они могут сочетать с оптимизацией структуры оказания медицинской помощи.

На II этапе, с 1 июля 2008 года полное фондодержание внедрено на всех территориях, где отсутствует выбор стационара — это тот случай, когда на территории имеется лишь одно медицинское учреждение или несколько медицинских учреждений, но профили и этапы медицинской помощи в которых не дублируются, то есть практически все ЦРБ и часть центральных городских больниц. В 2009 году с полным фондодержанием работают 22 медицинских учреждения области.

С целью снижения возможных негативных последствий полного фондодержания меняются функции контроля у страховщиков: в первую очередь осуществляется контроль за отсутствием отказов в направлениях пациентов на обоснованную госпитализацию, наличием заболеваний в запущенных стадиях, качеством проводимой профилактической работы и соответственно количество вызовов скорой медицинской помощи прикрепленным населением и т.д.