



**Организация финансирования и управления
здравоохранением в регионах России.
Общая характеристика**

С.В.ШИШКИН

директор научных программ

Независимого института социальной политики, д.э.н.

А.С.ЗАБОРОВСКАЯ

координатор научных программ

Независимого института социальной политики

В.А.ЧЕРНЕЦ

консультант

Независимого института социальной политики

Москва, 2005

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Введение	3
2. Территориальное неравенство в финансовом обеспечении прав граждан на получение медицинской помощи	3
3. Организация обязательного медицинского страхования	5
3.1. Роль системы ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ	5
3.2. Поступления в территориальные фонды ОМС на обязательное медицинское страхование граждан	5
3.3. Страховые медицинские организации в системе ОМС	7
3.4. Виды медицинских учреждений, финансируемых системой ОМС	9
3.5. Методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС	10
4. Механизмы государственного управления региональными системами здравоохранения	15
4.1. Механизмы согласования политики региональных органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС	15
4.2. Механизмы согласования региональной и муниципальной политики	17
4.3. Применение информационных технологий в управлении здравоохранением	19
4.4. Механизмы регулирования лекарственного обеспечения	21
4.5. Регулирование оказания платных медицинских услуг	23
5. Общественные организации в системе здравоохранения	23
6. Новые формы управления и финансирования в сфере здравоохранения, внедренные в субъектах РФ в 2002 - 2004 годах	24
6. 1. Новые формы взаимодействия между региональным органом управления здравоохранения, органами местного самоуправления и муниципальными органами управления здравоохранением	24
6.2. Нововведения в организации финансирования здравоохранения	25
7. Заключение	29

1. Введение

В Российской Федерации существуют значительные различия в организации государственного финансирования и управления здравоохранением в разных ее субъектах. Ранее информация об этих региональных различиях носила очень ограниченный характер и была малодоступной. Созданная база данных об организации финансирования и управления здравоохранением открывает новые возможности для анализа региональных различий в организации финансирования и управления здравоохранением в регионах России. Анализ имеющейся информации позволяет сделать ряд представленных ниже обобщающих выводов о характере таких различий.

Используемые сокращения:

КСГ - клинико-статистическая группа;

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение;

МОУЗ – муниципальный орган управления здравоохранением;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

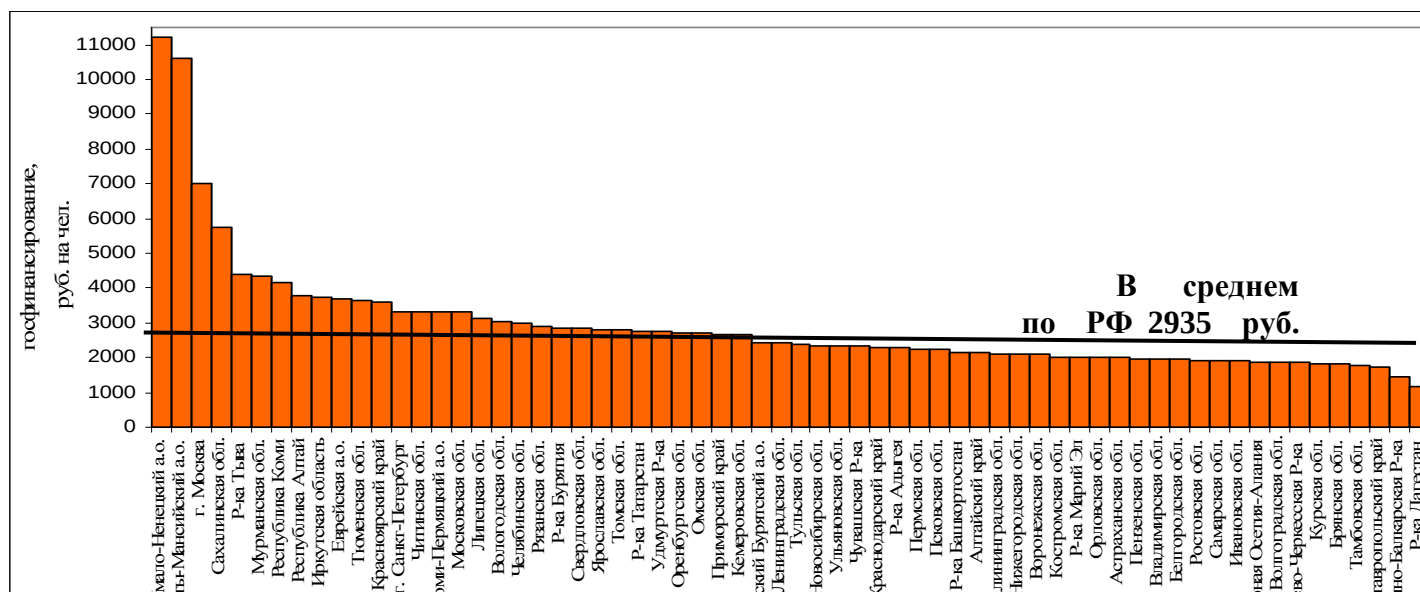
РОУЗ – региональный орган управления здравоохранением;

РФ – Российская Федерация;

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

2. Территориальное неравенство в финансовом обеспечении прав граждан на получение медицинской помощи

Первой важнейшей характеристикой имеющих различия между регионами России в финансировании здравоохранения является значительное неравенство в размерах финансирования территориальных программ государственных гарантий в расчете на одного жителя (см. рис. 1). Так, в Ямало-Ненецком автономном округе в сфере здравоохранения в 2004 году в рамках финансирования территориальных программ госгарантий было потрачено на 9,6 раз больше средств по сравнению с Республикой Дагестан¹. Распределение субъектов РФ по значению этого показателя очень неравномерно: лишь в 19 регионах оно выше среднего уровня (2935 руб. на человека в год), а в большинстве регионов - ниже.



Источник: данные из 64 субъектов РФ.

Рисунок 1.

Размеры государственного финансирования территориальных программ госгарантий в субъектах РФ в 2004 году, руб. на чел.

Только в 9 субъектах РФ уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению превысил в 2004 году 100%. Это означает, что в этих регионах размеры государственного финансирования территориальной программы (расходы из консолидированного регионального бюджета и из средств ОМС) были не ниже рассчитанной ими величины стоимости территориальной программы². В среднем же по стране этот уровень составил в 2004 году 82%, и при этом дифференциация уровня финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий достаточно высока (см. рис. 2).

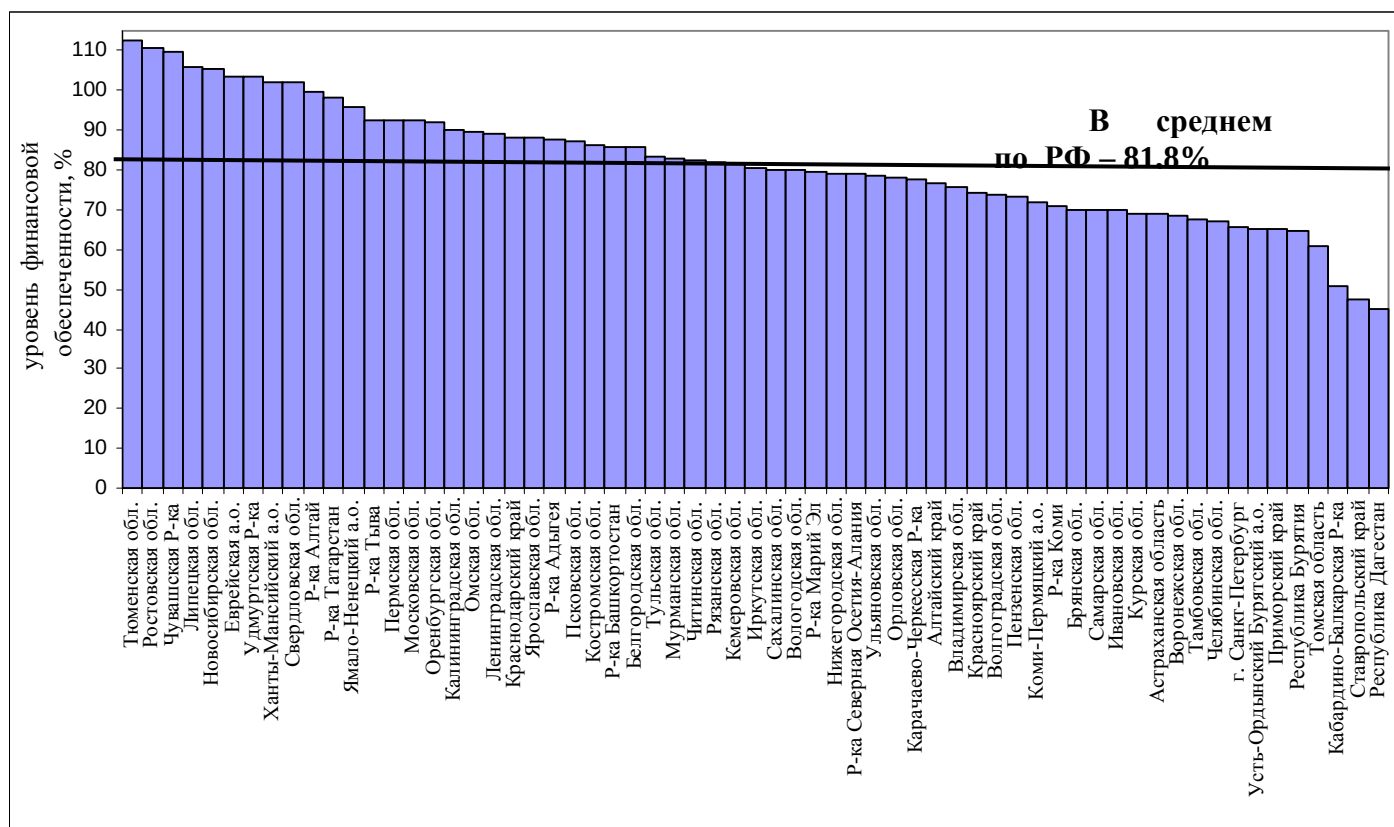


Рисунок 2.

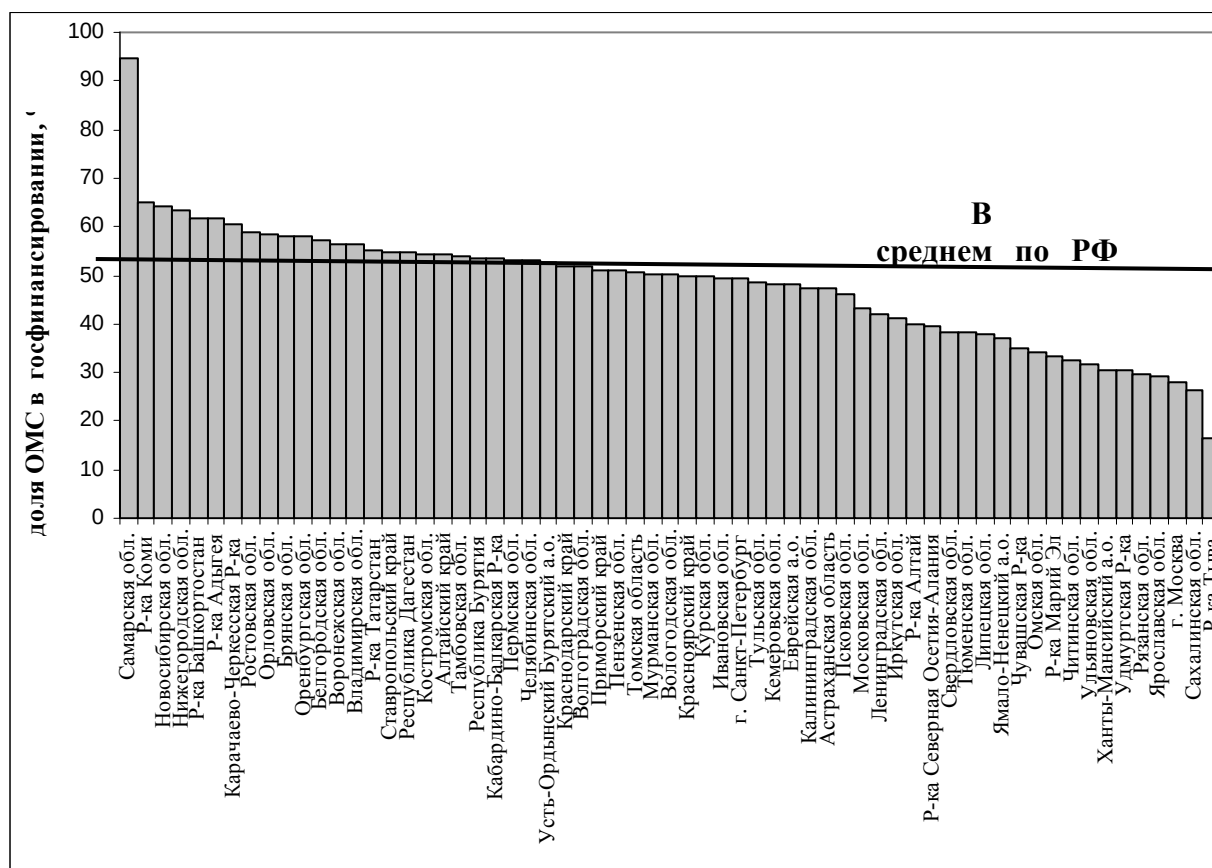
Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению в 2004 году, %

² Такой расчет должен был производиться на основе нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, рекомендованных Правительством РФ (Постановление Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2004 г. N 690 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год»).

3. Организация обязательного медицинского страхования

3.1. Роль системы ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ

До недавнего времени в системе ОМС аккумулировалось в среднем не более трети государственных средств, направляемых на здравоохранение. В последние годы ситуация начала меняться. Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения составила в 2004 году в среднем по регионам страны 48%. Но значение этого показателя для разных субъектов РФ варьирует от 16% (Коми-Пермяцкий АО, Республика Тыва) до 94% (Самарская область) (см. рис. 3).



Источник: данные из 64 субъектов РФ.

Рисунок 3.

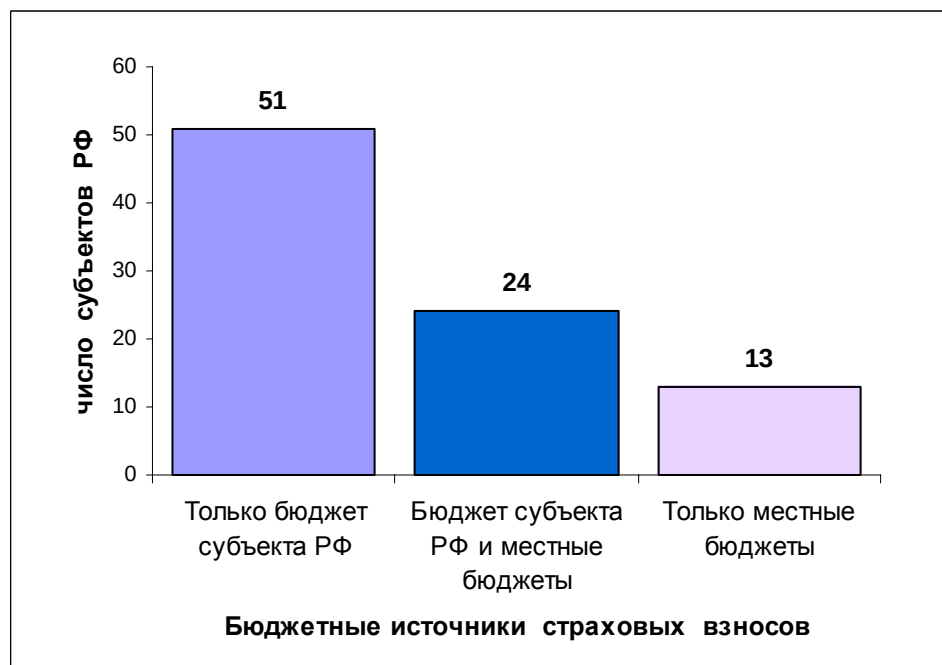
Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ в 2004 году, %

3.2. Поступления в территориальные фонды ОМС на обязательное медицинское страхование граждан

По данным Федерального фонда ОМС, из общего числа застрахованных по ОМС граждан на начало 2004 года работающие составили 40,6%, неработающие - соответственно 59,4%³.

³ Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2003 г.: аналитические и статистические материалы. М.: Федеральный фонд ОМС, 2004. – 94 стр., стр. 7.

Медицинское страхование работающего населения осуществляется за счет налоговых поступлений (единого социального налога, единого налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, единого налога на вмененный доход, единого сельскохозяйственного налога), которые достигли в 2004 году 115,3 млрд. руб. Страховые взносы на ОМС неработающего населения производятся из бюджета субъекта РФ и из местных бюджетов; в 2004 году они составили 56,9 млрд. руб.



Источник: данные из 88 субъектов РФ.

Рисунок 4.

Бюджетные источники страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2004 году

Согласно действующему закону о медицинском страховании, страхователями неработающего населения могут выступать органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления. Соответственно взносы на страхование неработающего населения могут производиться из региональных и местных бюджетов. В 2004 году в 51 субъекте РФ и в г. Байконур страховые взносы на ОМС неработающего населения осуществлялись из регионального бюджета, в 24 субъектах РФ - как из регионального, так и из местных бюджетов, а в 13 субъектах РФ - только из местных бюджетов (рис. 4). Таким образом, в большинстве регионов страхователями по ОМС неработающих граждан выступают уже только региональные органы власти. Поэтому предусмотренная новым законодательством о разграничении полномочий передача с 2006 года функции организации ОМС неработающих граждан в компетенцию органов государственной власти субъектов РФ закрепляет для большинства из них уже сложившееся положение.

В 2004 году в 32 субъектах РФ в финансировании расходов на оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам участвовал также Пенсионный Фонд Российской Федерации. Дополнительное финансирование составило 6,5 млрд. рублей, из расчета 580 рублей на 1 пенсионера.

3.3. Страховые медицинские организации в системе ОМС

Функции страховщиков в системе ОМС в 44 регионах выполняют исключительно страховые медицинские организации, в 24 субъектах РФ в этой роли действуют и страховые медицинские организации, и филиалы территориального фонда ОМС, а в 20 регионах и в г. Байконур – лишь сами территориальные фонды ОМС и их филиалы.

Если посмотреть распределение страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, по организационным правовым формам (см. табл. 1), то они, как правило, являются негосударственными коммерческими организациями. Такие организации действуют в 67 из тех 68 регионов, в которых имеются страховые медицинские организации. Вместе с тем в небольшом числе регионов существуют страховые медицинские организации, являющиеся государственными унитарными предприятиями (в 9 регионах – в Амурской области, в Иркутской области, в Волгоградской области, в Красноярском крае, в Пензенской области, в Читинской области, в Ямало-Ненецком автономном округе, в Кемеровской области, в Чувашской Республике), государственными учреждениями (в одном регионе – Агинском Бурятском автономном округе), негосударственными некоммерческими организациями (в одном регионе - Тульской области).

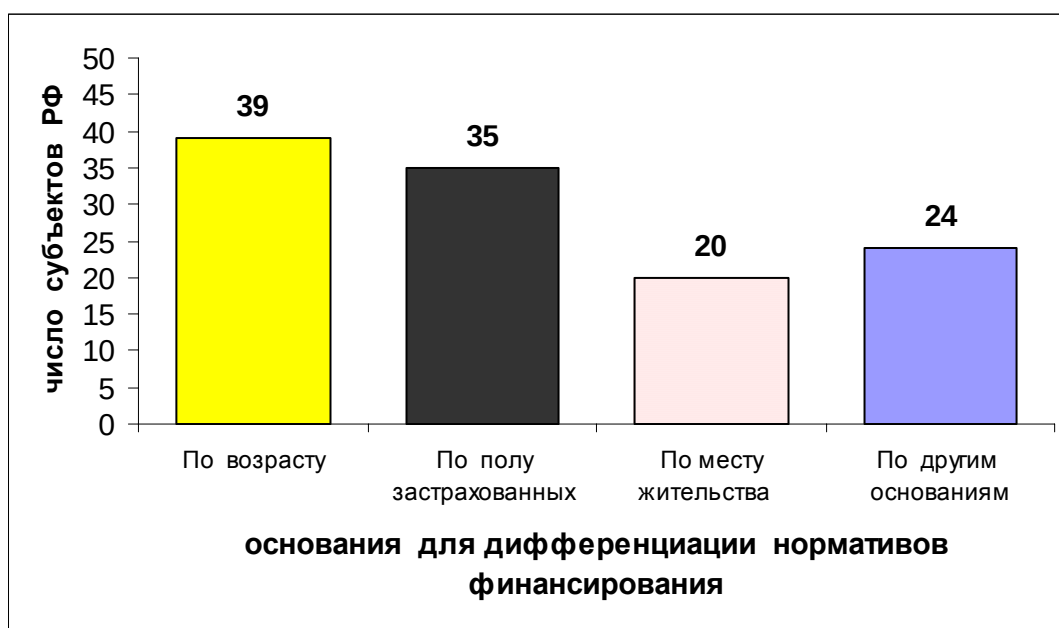
Таблица 1.

Распределение страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, по организационным правовым формам в 2004 году

	Государственные учреждения	Государственные унитарные предприятия	Негосударственные коммерческие организации	Негосударственные некоммерческие организации
Количество страховых медицинских организаций	1	17	329	1
Количество регионов	1	9	67	1

Источник: данные из 88 субъектов РФ.

Во всех субъектах РФ, где действуют страховые медицинские организации, нормативы их финансирования из территориальных фондов ОМС устанавливаются дифференцированно, но в разных регионах – по-разному. Применяются три основных метода дифференциации нормативов финансирования и их различные сочетания - по возрасту застрахованных (в 39 субъектах РФ), по полу застрахованных (в 35 субъектах РФ), по месту жительства застрахованных (по муниципальным образованиям) (в 20 субъектах РФ) (рис.5).



* Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям

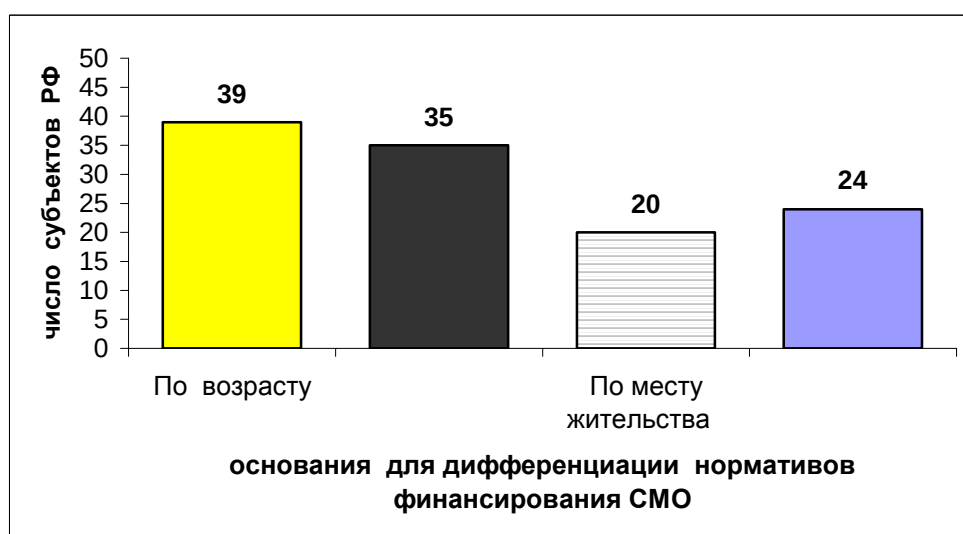
Источник: данные из 68 субъектов РФ.

Рисунок 5.

Дифференциация нормативов финансирования страховых медицинских организаций из территориального фонда ОМС в 2004 году*

Нормативы финансирования страховых медицинских организаций пересматриваются территориальными фондами ОМС, как правило, достаточно часто (в 36 регионах - ежемесячно, в 13 регионах - раз в квартал) (рис. 6). Таким образом, финансовые условия деятельности страховщиков в системе ОМС характеризуются нестабильностью, что является одним из факторов, препятствующих формированию их устойчивой ориентации на повышение эффективности использования ресурсов системы ОМС.

Сложившуюся практику частого пересмотра нормативов финансирования трудно оправдать внешними причинами, так как в условиях экономического роста поступление доходов в систему ОМС должно быть более стабильным. Скорее всего такой пересмотр служит инструментом административного контроля за страховщиками.

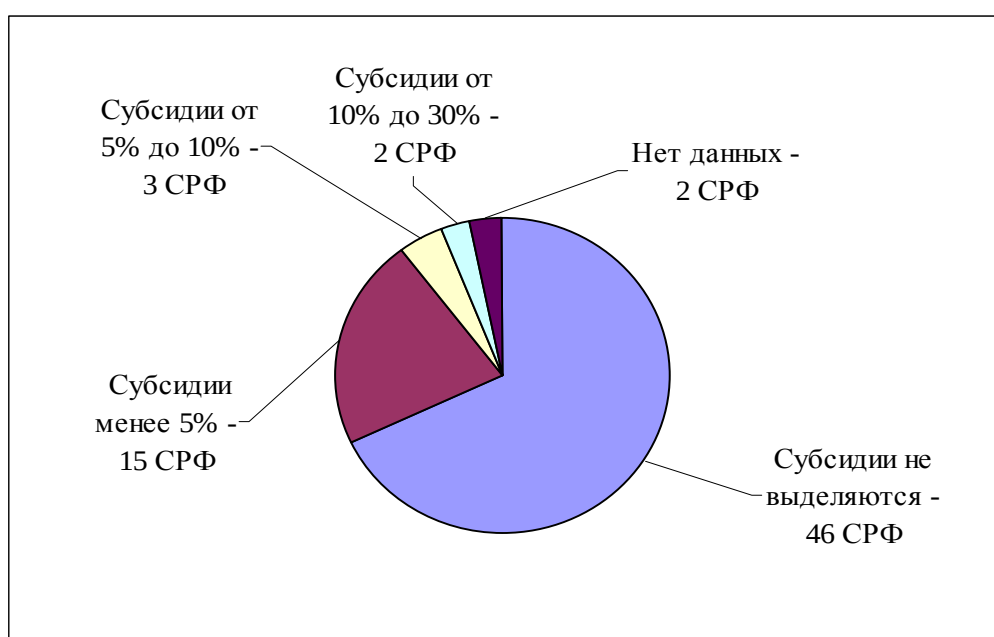


Источник: данные из 68 субъектов РФ.

Рисунок 6.

Частота пересмотра нормативов финансирования страховых медицинских организаций территориальными фондами ОМС в 2004 году

В большинстве регионов (в 46 из 68, где действуют страховые медицинские организации) страховщикам не выделяются субсидии из ТФОМС помимо финансирования по нормативам. Механизмом регулирования размеров финансирования страховщиков служит лишь пересмотр значений нормативов финансирования. Однако в 20 регионах имеется также практика выделения им субсидий. В 15 регионах субсидии играют незначительную роль – они составляют менее 5% в общем объеме финансового обеспечения страховщиков. Но в 2 регионах (в Калининградской области и в Ханты-Мансийском автономном округе) эти субсидии весьма ощутимы – они достигают 10-30% общего объема финансирования страховщиков, а в 3 регионах (в Воронежской области, Курской области, Ростовской области) - 5-10% (см. рис. 7).



СРФ – субъекты Российской Федерации
Источник: данные из 68 субъектов РФ.

Рисунок 7.

Доля субсидий страховщикам из ТФОМС, выделяемых помимо финансирования по нормативам, в общем объеме финансового обеспечения страховщиков в 2004 году

3.4. Виды медицинских учреждений, финансируемых системой ОМС

Перечень видов медицинских учреждений, финансируемых из средств ОМС, неодинаков для регионов страны (см. табл. 2). В 7 субъектах РФ (в Агинском Бурятском и в Корякском автономном округах, Псковской области, Республике Северная Осетия-Алания, Таймырском, Усть-Ордынском и Эвенкийском автономном округах) из средств ОМС финансируются только больничные учреждения несмотря на то, что там имеются самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения, и амбулаторно-поликлиническая помощь, как известно, включена в базовую программу ОМС. В 76 регионах и в г. Байконур из средств ОМС финансируются как стационарные, так и амбулаторно-поликлинические учреждения. Зато в 5 регионах (в Еврейской автономной области, Красноярском крае, Новгородской области, Республике Мордовия, Самарской

области) помимо стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений из средств ОМС финансируется также и скорая медицинская помощь, которая, хотя и не входит в базовую программу ОМС, но включена в территориальные программы ОМС в этих регионах.

Таблица 2.

Типы государственных (муниципальных) учреждений, услуги которых оплачивались за счет средств ОМС в 2004 году

Число субъектов РФ, где:	Тип государственного (муниципального) учреждения здравоохранения																
	Больницы						Диспансеры						Самостоятельные поликлиники	Станции скорой и неотложной медицинской помощи	Родильные дома	Амбулатории	Фельдшерско-акушерские пункты
	Участковые	Районные	Городские	Центральные	Областные	Специализированные	Кардиологические	Кожно-венерологические	Наркологические	Онкологические	Противотуберкулезные	Психоневрологические					
услуги учреждений оплачивались за счет средств ОМС	65	64	79	85	84	52	26	65	4	70	10	4	77	5	69	54	3
услуги учреждений не оплачивались за счет средств ОМС	22	24	8	2	4	32	58	21	82	15	76	82	8	81	15	32	83
нет данных	1	0	1	1	0	4	4	2	2	3	2	2	3	2	4	2	2

Источник: данные из 88 субъектов РФ.

3.5. Методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС

Финансирование медицинских организаций в территориальных системах ОМС производится по разным правилам. В регионах применяются⁴:

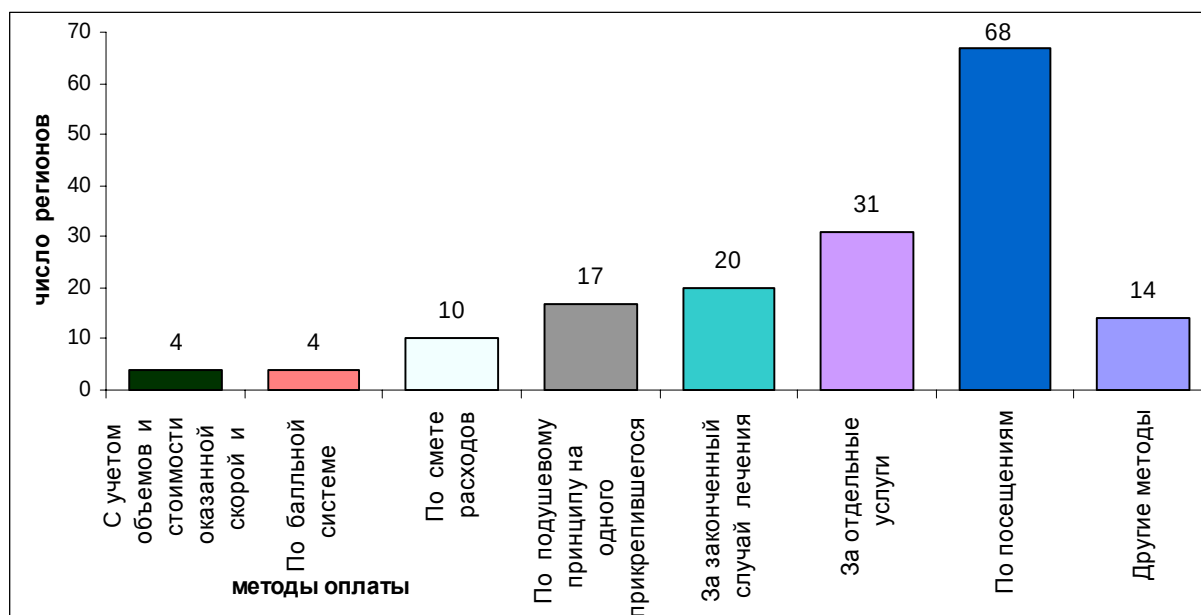
- 7 основных методов оплаты амбулаторной помощи (по смете расходов, по посещениям, по балльной системе, за отдельные услуги, за законченный случай

⁴Приводимые ниже названия методов оплаты медицинской помощи сформулированы в соответствии с Методическими рекомендациями по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, утвержденными Федеральным фондом ОМС 18 октября 1993 г. // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 1. М.: Федеральный фонд ОМС, 1995. Сс. 286-298.

лечения, по подушевому принципу на одного прикрепившегося, оплата амбулаторной помощи с учетом объемов и стоимости оказанной скорой и стационарной помощи⁵);

- 6 методов оплаты стационарной помощи (по смете расходов, по количеству фактических проведенных пациентом койко-дней, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении, за законченный случай госпитализации, за согласованные объемы медицинской помощи, оплата фактических расходов за госпитализацию каждого пациента).

Среди методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (см. рис. 8) превалирует оплата по посещениям (применяется в 68 субъектах РФ). Этот метод поощряет за рост обращений к врачам и не стимулирует работу по профилактике заболеваний. Лишенный этих недостатков и широко используемый в других странах метод оплаты по подушевому принципу на одного прикрепившегося применяется в нашей стране лишь в 17 регионах. А наиболее прогрессивный метод оплаты амбулаторной помощи с учетом объемов и стоимости оказанной скорой и стационарной помощи используется только в 4 субъектах РФ (Иркутская область, Кемеровская область, Приморский край, Самарская область).



В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты
Источник: данные из 88 субъектов РФ.

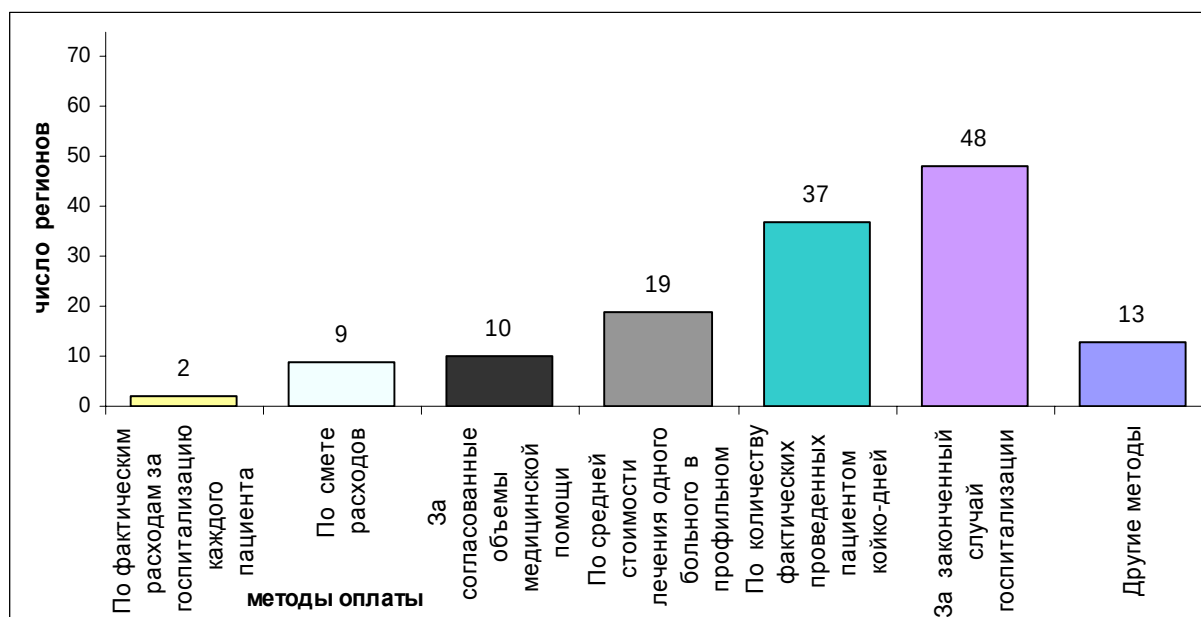
Рисунок 8.

Распространенность методов оплаты амбулаторной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2004 году*

Среди методов оплаты стационарной помощи (см. рис. 9) чаще всего используется оплата за законченный случай госпитализации (в 48 регионах). Этот метод в принципе позволяет адекватно учесть в тарифах реальную сложность оказываемой помощи и создать стимулы у стационаров к повышению эффективности использования ресурсов. Наиболее эффективный метод оплаты за согласованные объемы медицинской помощи применяется в 10 регионах (в Еврейской автономной области, Кемеровской области, Корякском автономном округе, Красноярском крае, Республике Алтай, в Таймырском автономном округе, Тамбовской области, Томской области, Тульской области,

⁵ Последний метод представляет собой дополнение метода оплаты амбулаторной помощи по подушевому принципу элементами финансирования по принципу частичного фондодержания амбулаторного звена.

Удмуртской Республике). Обращает на себя внимание, что в достаточно большом количестве регионов (в 37) используется метод оплаты по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней. Он ориентирует стационары на поддержание максимального числа коек, рост госпитализаций и длительности лечения.



* В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты
Источник: данные из 88 субъектов РФ.

Рисунок 9.

Распространенность методов оплаты стационарной помощи в субъектах РФ в 2004 году*

Следует также отметить, что в 10 субъектах РФ средства ОМС используются для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи методом финансирования ЛПУ по смете расходов, а в 9 регионах этот метод применяется для оплаты стационарной помощи. Эти данные свидетельствуют, что введенная в начале 90-х годов система ОМС так и не привела к повсеместной замене сметного финансирования ЛПУ, ориентирующего их на затратный тип хозяйствования, методами оплаты их работы в соответствии с результирующими показателями.

Эффективность применения методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС зависит от степени разработанности нормативно-методической базы, регулирующей объемы предоставляемых медицинских услуг. В ряде субъектов РФ при расчете тарифов в системе ОМС используется методология выделения клинко-статистических групп заболеваний и применяются стандарты (медико-экономические стандарты, клинические протоколы, клинические рекомендации) оказания медицинской помощи. Можно выделить 5 субъектов РФ с развитыми системами КСГ (более 270 КСГ)⁶: Брянская область, Приморский край, Республика Татарстан, Ростовская и Самарская области. В 9 субъектах РФ созданы развитые системы стандартов (более 500 разработанных стандартов): в г. Москве, Красноярском крае, Курганской области, Курской области, Новосибирской области, Республике Башкортостан, Республике Ингушетия, Свердловской области, Удмуртской Республике. В 4 регионах: Калужской и Кемеровской областях, Республике

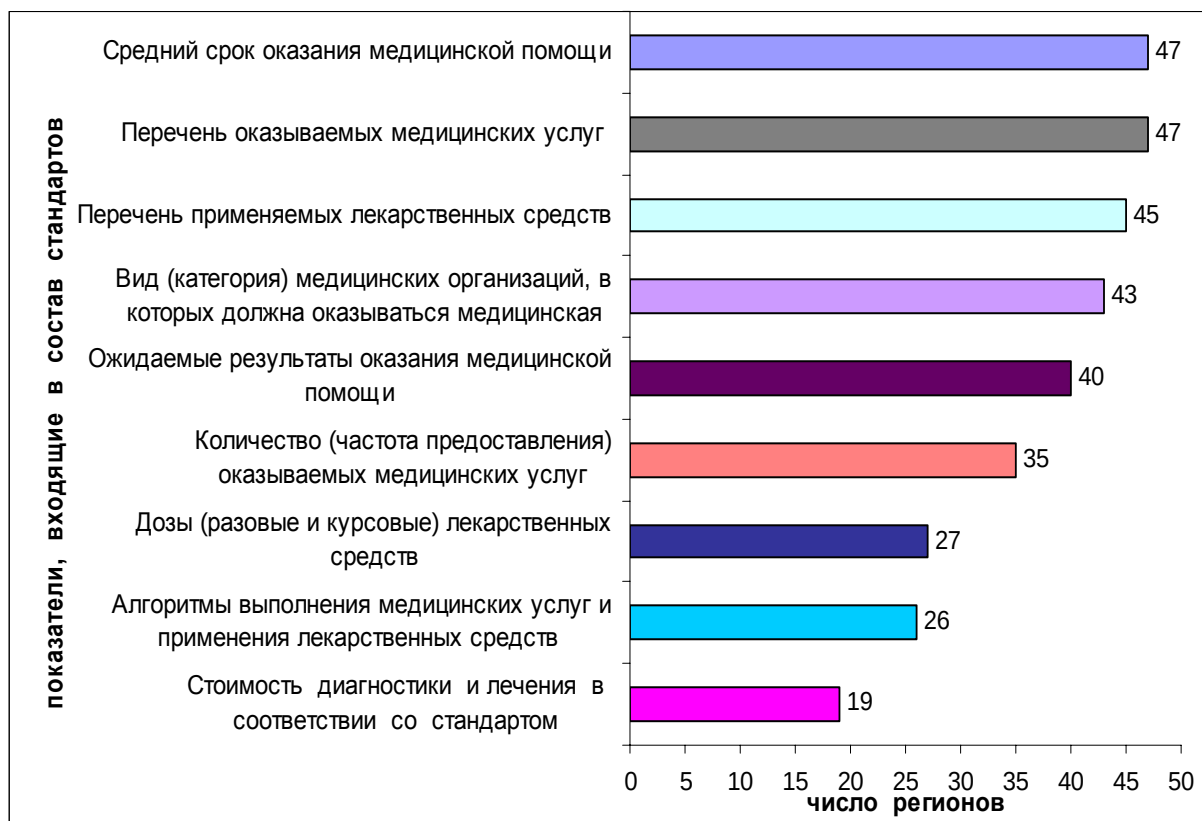
⁶ В 3 из 5 этих субъектов развита также система МЭС (более 500 МЭС), которые выступают составными элементами КСГ.

Тыва, Эвенкийском автономном округе, имеются системы стандартов (100-500 стандартов) и/или КСГ (100-200 КСГ).

В 9 субъектах РФ (в Воронежской области, Иркутской области, в Кабардино-Балкарской Республике, в Корякском автономном округе, в Липецкой области, в Мурманской области, в Таймырском автономном округе, Усть-Ордынском Бурятском автономном округе и Чувашской республике) имеются разработанные стандарты, но их немного (менее 100 КСГ, стандартов). В подавляющем же большинстве регионов (в 61 субъекте РФ и в г. Байконур) такая работа вообще не проводилась.

Состав утвержденных в субъектах РФ стандартов по заболеваниям может включать неодинаковый набор параметров (см. более подробно рис. 10). Показательно, что такие конкретные параметры, как дозы лекарственных средств указаны в стандартах лишь в 27 регионах, алгоритмы выполнения услуг – в 26, а стоимость лечения - только в 19. Таким образом, собственно медико-экономические стандарты имеются лишь в 19 регионах.

Тем не менее представленные данные в целом свидетельствуют, что практика разработки стандартов и их использования для целей оплаты медицинской помощи получила достаточно заметное распространение в нашей стране. Поэтому правомерно говорить о том, что существуют предпосылки для выполнения сформулированной Послании Президента РФ от 26 мая 2004 года задачи детализации гарантий бесплатной помощи в виде стандартов медицинских услуг.



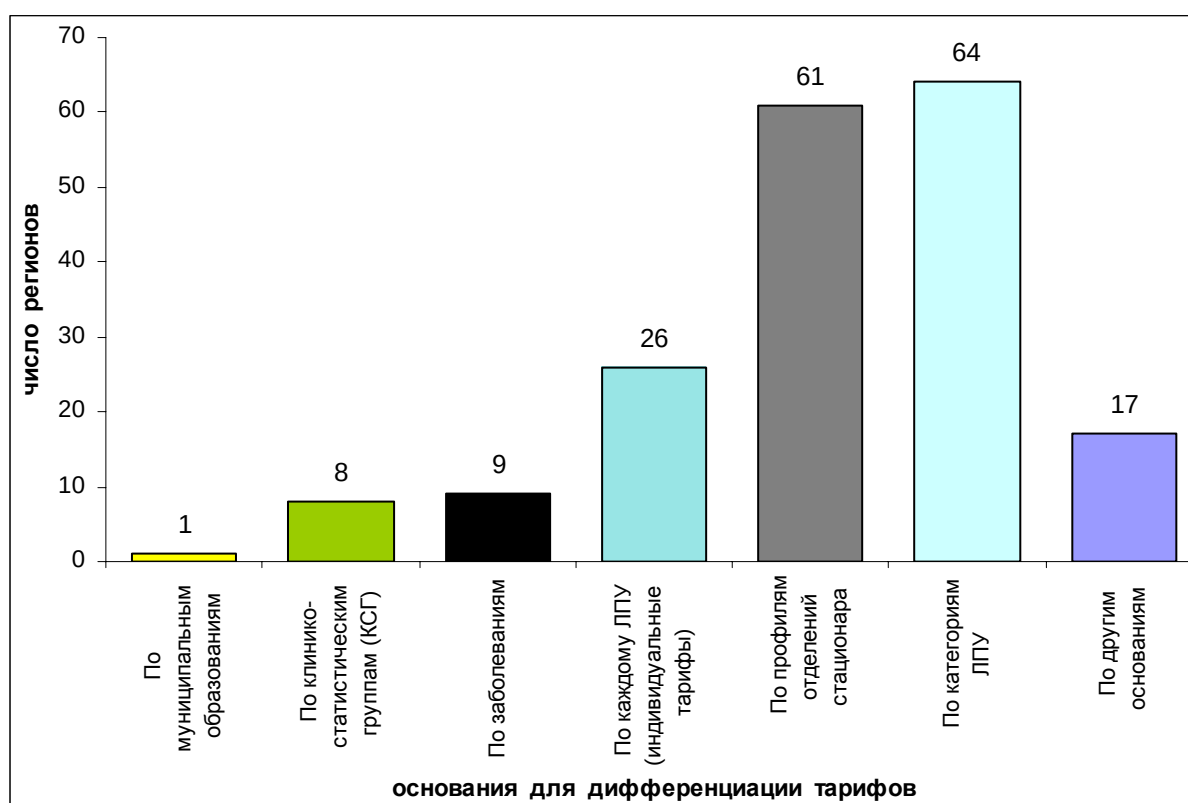
Источник: данные из 49 субъектов РФ.

Рисунок 10.

Характеристики, включенные в состав региональных стандартов по заболеваниям

Дифференциация тарифов на медицинские услуги стационаров в территориальных системах ОМС осуществляется по разным основаниям. Применяются 5 основных методов дифференциации тарифов (по категориям ЛПУ, по каждому ЛПУ, по профилям отделений стационара, по клинко-статистическим группам, по заболеваниям) и их различные

сочетания. В наибольшей мере отвечающий требованиям эффективности метод дифференциации тарифов по случаям заболеваний использовался в 2004 году только в 9 субъектах РФ (Алтайский край, Калужская область, Коми-Пермяцкий автономный округ, г. Москва, Новосибирская область, Республика Мордовия, Свердловская область, Удмуртская Республика, Чувашская Республика). Превалируют же более простые и менее эффективные способы дифференциации: по категориям ЛПУ (в 64 регионах) и по профилям отделений стационаров (в 61 регионе) (рис. 11). Показательно, что в 26 регионах тарифы устанавливаются индивидуально для каждого ЛПУ. Такая практика содействует закреплению сложившейся структуры объемов медицинской помощи, оказываемой в отделениях разных профилей в каждом отдельно взятом медицинском учреждении, и соответственно препятствует решению задач реструктуризации территориальных систем здравоохранения, которая необходима для повышения их эффективности.



* Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям
Источник: данные из 88 субъектов РФ.

Рисунок 11.

Дифференциация тарифов на медицинские услуги в системе ОМС в субъектах РФ в 2004 году*

Средства, аккумулируемые в системе ОМС, недостаточны для того, чтобы тарифы, по которым производится оплата медицинской помощи, возмещали все виды расходов медицинских учреждений, связанных с ее оказанием. Как известно, Федеральный фонд ОМС требует, чтобы средства ОМС использовались для возмещения лишь пяти видов расходов: оплата труда, обязательные начисления на фонд оплаты труда, расходы на медикаменты, питание больных, мягкий инвентарь и обмундирование⁷. Действительно,

⁷ ФФОМС (1997с). Указания по обеспечению целевого и рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования. Утверждены приказом Федерального фонда ОМС от 07.08.1997

эти виды расходов финансировались почти во всех субъектах РФ (см. табл. 3). Вместе с тем в значительной части регионов средства ОМС использовались и на другие цели: в 23 регионах – на приобретение нового оборудования, в 19 – на закупку иных товаров и услуг, в 11 – на оплату коммунальных услуг, в 5 – на капитальный ремонт. В одном субъекте РФ (в Самарской области) за счет средств ОМС были даже произведены расходы на приобретение нематериальных и других активов. Таким образом, значительное число субъектов РФ рассматривают средства ОМС не в качестве источника финансирования узкого перечня расходов, а в качестве ресурса, служащего для покрытия затрат медицинских учреждений в соответствии со складывающимися на местах текущими приоритетами.

Таблица 3.

Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС в 2004 году

Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС	Код бюджетной классификации	Число субъектов РФ
Оплата труда и начисления на фонд оплаты труда*	110100, 110200	85
Медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы	110310	88
Мягкий инвентарь и обмундирование	110320	86
Продукты питания	110330	87
Командировки и служебные разъезды, транспортные услуги, оплата услуг связи**	110400, 110500, 110600	14
Оплата коммунальных услуг	110700	11
Прочие текущие расходы на закупки товаров и оплату услуг	111000	19
Приобретение и модернизация оборудования и предметов длительного пользования	240100	23
Капитальный ремонт	240300	5
Приобретение нематериальных активов и других активов	260000	1

Источник: данные из 88 субъектов РФ.

4. Механизмы государственного управления региональными системами здравоохранения

4.1. Механизмы согласования политики региональных органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС

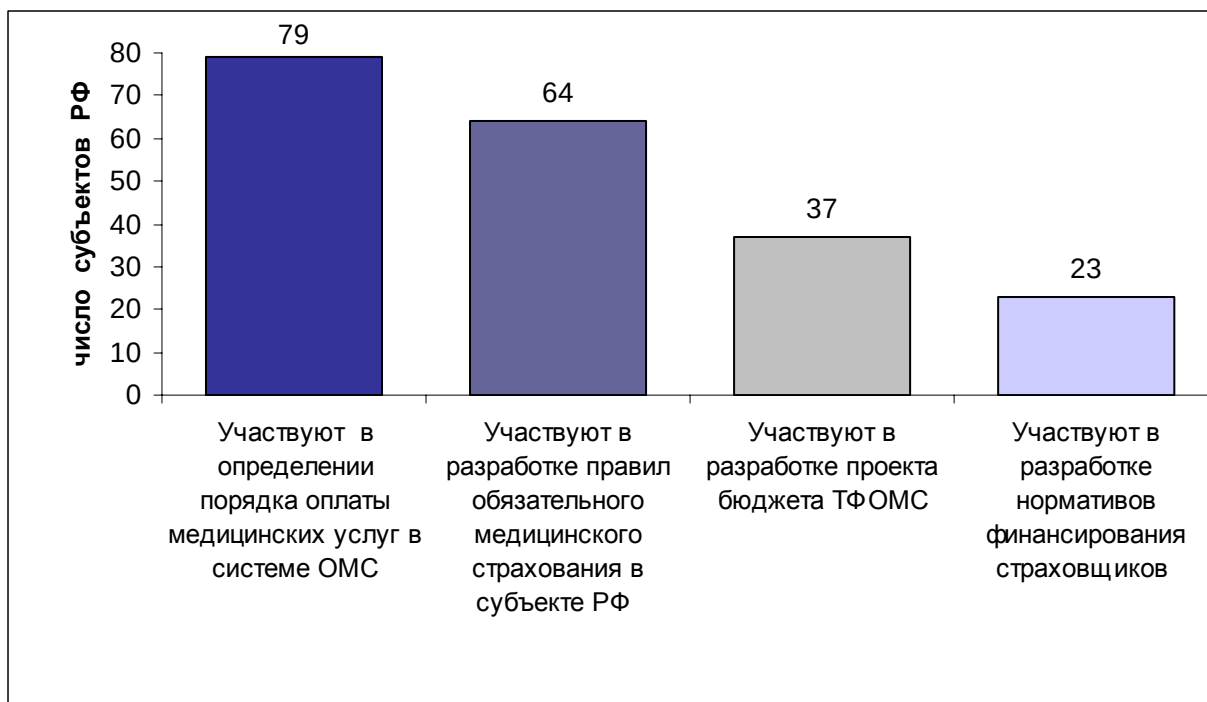
Каждый региональный орган управления здравоохранением заинтересован в том, чтобы проводимая территориальным фондом ОМС политика была с ним согласована. Управленческие методы достижения этой цели могут быть разными: вхождение руководителей РОУЗ в состав правления ТФОМС, участие РОУЗ в разработке концептуальных и нормативных документов ТФОМС, контроль его деятельности.

№ 71 // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 6. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. С. 111.

Первые руководители РОУЗ входят в состав правлений ТФОМС в 83 регионах. В трех регионах (Ненецкий автономный округ, Челябинская область, Приморский край) в состав правления ТФОМС входит представитель РОУЗ, не являющийся его первым руководителем.

Однако степень участия РОУЗ в формировании политики ТФОМС неодинакова в различных регионах. Как правило, она выше там, где руководитель РОУЗ одновременно является председателем правления ТФОМС. Такая практика существует лишь в 25 регионах.

РОУЗ существенно влияет на формирование региональной политики в сфере ОМС тогда, когда он участвует в разработке правил обязательного медицинского страхования, территориальной программы ОМС, проекта бюджета ТФОМС, нормативов финансирования страховщиков, порядка оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Во всех субъектах РФ РОУЗ участвуют в разработке территориальной программы ОМС⁸. Подавляющее большинство РОУЗ принимает участие в определении порядка оплаты медицинских услуг в системе ОМС, большинство - в разработке правил обязательного медицинского страхования в субъекте РФ (см. рис. 12). Существенно реже РОУЗ участвуют в разработке проекта бюджета ТФОМС. Наименее распространенная форма взаимодействия регионального органа управления здравоохранением с территориальным фондом обязательного медицинского страхования - участие РОУЗ в разработке нормативов финансирования страховщиков или филиалов ТФОМС, выполняющих функции страховщиков.



Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Рисунок 12.

Формы участия региональных органов управления здравоохранением в формировании политики территориальных фондов ОМС

⁸ Интересно, что в Коми-Пермяцком автономном округе и Москве информационные справки, заполненные в ТФОМС, не содержали указаний на участие РОУЗ в разработке территориальной программы ОМС. Правда, в информационных справках, заполненных в РОУЗ, эти указания были.

Важную роль в процессе выработки согласованной региональной политики в сфере ОМС играют специалисты РОУЗ, участвующие в подготовке проектов документов для рабочей комиссии по согласованию тарифов в системе ОМС. Такая практика существует в 55 регионах.

Наряду с использованием механизмов совместной разработки региональной стратегии в сфере ОМС в регионах применяются различные формы контроля со стороны РОУЗ за исполнением бюджета ТФОМС. Чаще всего (в 66 регионах) РОУЗ участвует в контроле за исполнением бюджета ТФОМС в процессе подготовки и проведения заседаний правления ТФОМС. Обсуждение исполнения бюджета ТФОМС на коллегиях РОУЗ происходит лишь в 40 регионах. Регулярное участие РОУЗ в контроле за квартальными и/или месячными отчетами встречается сравнительно редко. Эта практика зафиксирована лишь в 24 регионах.

Из всех регионов можно выделить те, где отмечены все вышеперечисленные индикаторы развитости механизмов согласования политики регионального органа управления здравоохранением и территориального фонда ОМС. Это Калининградская, Костромская, Саратовская области, Краснодарский и Хабаровский края, Республика Бурятия.

В некоторых регионах используются и другие механизмы согласования политики регионального органа управления здравоохранением и территориального фонда. Так, в Республике Карелия вопрос об исполнении бюджета Фонда ежеквартально рассматривается на заседании правления ТФОМС, председателем которого является первый руководитель РОУЗ. В Новосибирской области РОУЗ осуществляет регулярный контроль за своевременным и полным поступлением страховых взносов на ОМС неработающего населения. В Нижегородской области РОУЗ проводит расширенные совещания главных врачей ЛПУ региона, на которых заслушивается отчет ТФОМС об исполнении бюджета фонда за 6 месяцев, за год. В Костромской области получили распространение совместные коллегии РОУЗ и Правления областного фонда ОМС.

4.2. Механизмы согласования региональной и муниципальной политики

О степени развитости механизмов согласования региональной и муниципальной политики можно судить по следующим характеристикам:

- учет объемов медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований;
- наличие практики согласования вопросов организации здравоохранения между РОУЗ, органами местного самоуправления и МОУЗ;
- участие РОУЗ и МОУЗ в планировании объемов медицинской помощи;
- участие РОУЗ в планировании размеров субсидий муниципальным бюджетам;
- участие руководителей МОУЗ и глав местного самоуправления в коллегиях РОУЗ;
- регулярная оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе разработанной в регионе методики.

К числу регионов, отличающихся высокой степенью развитости таких механизмов, относятся Республика Коми, Республика Тыва, Тамбовская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Ярославская область. В этих регионах объемы медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований, учитываются при расчете показателей территориальной программы государственных гарантий, а кроме того, в явном виде выделяются в составе показателей этой программы. Здесь распространена практика согласования важнейших вопросов организации здравоохранения между региональным органом управления здравоохранением, органами местного самоуправления и муниципальными органами управления здравоохранением. Органы местного самоуправления согласовывают с РОУЗ назначение и освобождение от должности

руководителей МОУЗ, необходимость открытия новых ЛПУ и/или ликвидации существующих, необходимость закупки дорогостоящего оборудования, производимой за счет муниципального бюджета. Помимо этого РОУЗ осуществляют совместное с МОУЗ планирование объемов первичной и специализированной медицинской помощи, которую оказывают муниципальные системы здравоохранения

РОУЗ вышеназванных регионов участвуют в планировании размеров субсидий (дотаций) муниципальным бюджетам из бюджета субъекта РФ при его формировании (в части согласования расчетных показателей расходов муниципальных бюджетов на здравоохранение). В этих субъектах РФ руководители органов управления здравоохранением в городах, являющихся региональными центрами, несколько раз в год участвуют в коллегиях и других совещаниях, организуемых РОУЗ. Неоднократно в течение года проводятся совместные коллегии РОУЗ и городского органа управления здравоохранением столицы республики или областного центра, а также коллегии с участием глав местного самоуправления. Кроме того проводится оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе самостоятельно разработанной в регионе методики.

Практика учета объемов медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований, при расчете показателей территориальной программы государственных гарантий получила достаточно широкое распространение в субъектах РФ. Она имеется в 49 регионах⁹. Однако выделение этих объемов в составе показателей территориальной программы государственных гарантий производится лишь в 17 регионах. Это Волгоградская, Ленинградская, Пензенская, Ростовская, Тамбовская, Тюменская и Ярославская области; Приморский и Ставропольский края; республики Адыгея, Бурятия, Коми, Марий Эл и Тыва; Еврейская автономная область, Усть-Ордынский Бурятский и Ямало-Ненецкий автономные округа.

Повсеместное распространение получила практика согласования местными органами власти с РОУЗ необходимости открытия новых ЛПУ и/или ликвидации существующих. Районные и городские органы власти прибегают к такому согласованию в 58 регионах «как правило» и в 3 регионах «иногда».

Так же широко распространено и согласование районными органами власти с РОУЗ назначения и освобождения от должности руководителей районных органов управления здравоохранением. Такая практика имеет место в 54 регионах «как правило», а в 7 регионах «иногда». Согласование же с РОУЗ назначения и освобождения от должности руководителей городских органов управления здравоохранением встречается чуть реже: «как правило» - в 45 регионах, «иногда» - в 13 регионах.

Сравнительно редко органы власти согласовывают с РОУЗ необходимость закупки дорогостоящего оборудования, производимой за счет средств местных бюджетов. Районные органы власти или МОУЗ делают это «как правило» - в 23 регионах, «иногда» - в 29 регионах. Городские власти еще реже: «как правило» - в 15 регионах, «иногда» - в 37 регионах.

Планирование РОУЗ объемов медицинской помощи, оказываемой муниципальными системами здравоохранения, осуществляется почти во всех регионах. Так, совместно с большинством МОУЗ объемы первичной медицинской помощи планируются в 62 регионах, а с некоторыми МОУЗ – в 1 регионе. Чуть меньше распространено планирование объемов специализированной медицинской помощи. В 55 регионах оно производится для большинства МОУЗ, а в 6 регионах – для некоторых из них.

⁹ В разделах 4.2 – 4.5 и 5 приведены данные, основанные на информационных справках РОУЗ, присланных из 65 регионов. На каждый из значимых для данного обзора вопросов ответило не менее 62 регионов.

В то же время участие РОУЗ в планировании размеров субсидий (дотаций) муниципальным бюджетам из бюджета субъекта РФ получило меньшее распространение. Только 37 регионов указали на использование такой практики.

Широко распространены организационные формы взаимодействия органов управления здравоохранением столиц республик или областных центров с РОУЗ. Их руководители участвуют в коллегиях и других совещаниях, организуемых РОУЗ несколько раз в год в 54 регионах, один раз в год в 6 регионах. В то же время совместные коллегии этих управленческих органов проводятся не так часто. Городские органы управления здравоохранением столиц республик или областных центров участвуют в совместных с РОУЗ коллегиях несколько раз в год в 36 регионах, один раз в год в 17 регионах. Главы местного самоуправления бывают на коллегиях РОУЗ несколько раз в год в 33 регионах, один раз в год в 25 регионах.

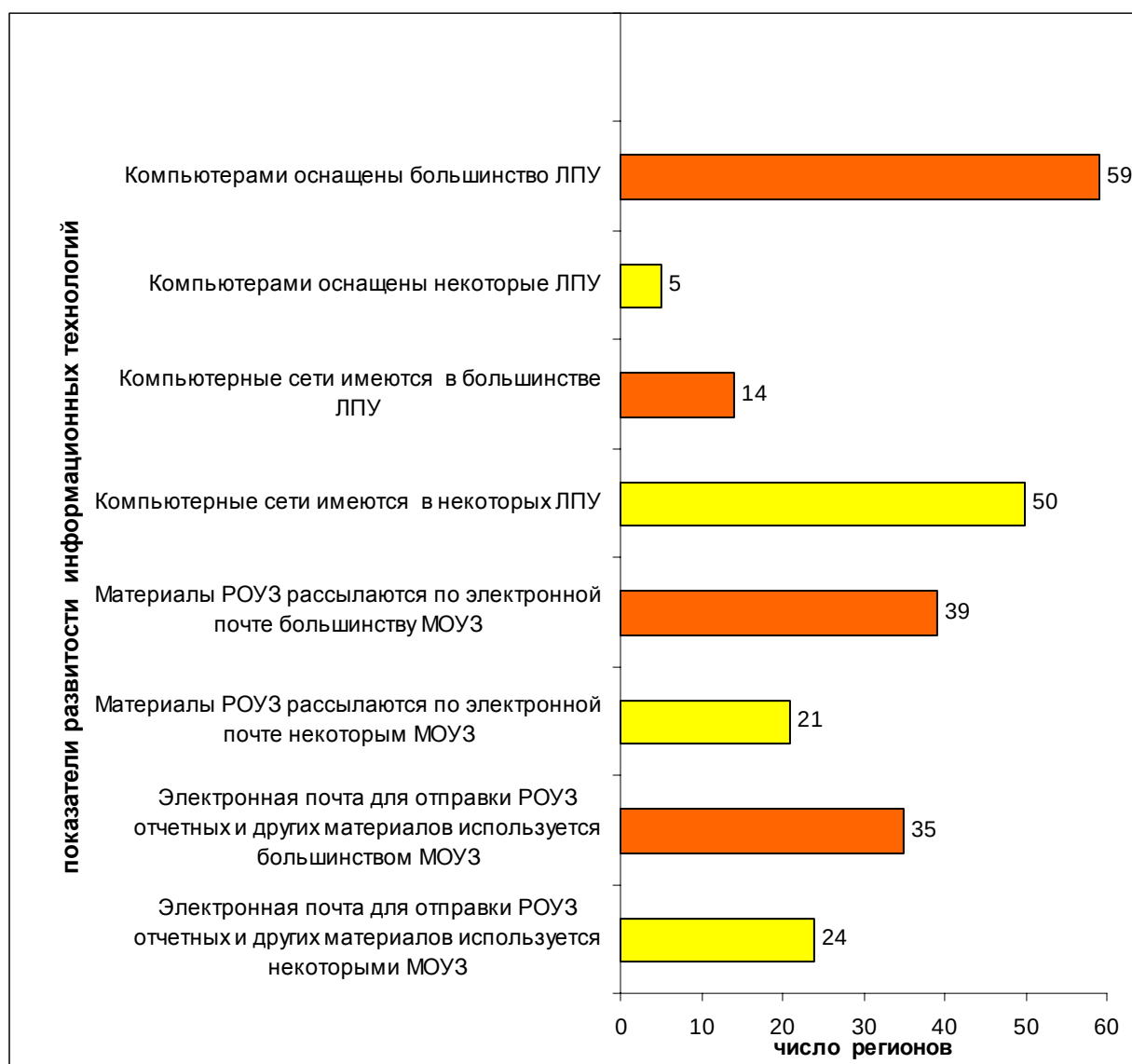
В подавляющем большинстве регионов (в 57-ми) ежегодно проводится оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе разработанной в субъекте РФ методики.

4.3. Применение информационных технологий в управлении здравоохранением

Степень развитости информационных технологий в управлении здравоохранением в первую очередь может быть оценена обеспеченностью ЛПУ компьютерами и их использованием для электронного обмена информацией с органами управления здравоохранением. Немаловажное значение имеет наличие сайта РОУЗ, а также использование в регионе других новых информационных технологий.

Следует отметить неплохую оснащенность компьютерами большинства российских ЛПУ: в 59 регионах компьютеры имеются в большинстве ЛПУ, в 14 регионах в большинстве ЛПУ созданы компьютерные сети, а в 50 регионах такие сети есть в некоторых ЛПУ (см. рис. 13). Однако использование этого компьютерного парка для электронного обмена информацией недостаточно: только в 39 регионах материалы РОУЗ рассылаются по электронной почте большинству МОУЗ, и в 35 регионах большинство МОУЗ отправляют по электронной почте в РОУЗ отчетные и другие материалы.

Создание сайтов РОУЗ находится в начальной стадии. Они функционируют только в 13 регионах. Это Алтайский край, Брянская область, г. Санкт-Петербург, Кемеровская область, Краснодарский край, Красноярский край, Мурманская область, Нижегородская область, Омская область, Республика Татарстан, Республика Тыва, Самарская область, Тамбовская область.



Источник: данные из 64 субъектов РФ.

Рисунок 13.

Распространенность использования информационных технологий в региональных системах здравоохранения

В 23 регионах имеется опыт применения новых информационных технологий. Наибольшее распространение среди них получила телемедицина, различные формы которой используются в 14 регионах (Воронежская, Нижегородская, Оренбургская, Омская, Пензенская, Самарская, Саратовская, Тульская, Тюменская, Тамбовская, Ульяновская, и Ярославская области; Алтайский край, Республика Башкортостан, Еврейская автономная область). Здесь проводятся телемедицинские консультации и конференции, создаются центры и кабинеты телемедицины, а в Ярославской области, кроме того, применяется телехирургия.

В 12 регионах широко используются электронные базы данных и информационные системы для:

- мониторинга состояния системы здравоохранения и здоровья населения в регионе (Тюменская область, Алтайский край);
- персонифицированного учета смертности, социально-значимой и важнейшей терапевтической патологии (Алтайский край);

- ведения дистанционного кардиомониторинга (Воронежская область);
- учета данных по пролеченным больным в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях (Республика Марий Эл, Республика Татарстан);
- ведения компьютерных регистров больных по отдельным заболеваниям: сахарный диабет, артериальная гипертония, онкология (Ростовская область, Тульская область, Нижегородская область, Республика Марий Эл);
- учета лиц, имеющих право на льготное медикаментозное лечение, а также учета выписки рецептов и выдачи лекарственных средств этим лицам (Ростовская область, Республика Марий Эл, Республика Татарстан, Самарская область, Кемеровская область, Тюменская область);
- мониторинга реализации целевых программ (Ярославская область);
- учета и анализа медицинских услуг во всех ЛПУ региона (Кемеровская область, Нижегородская область);
- ежемесячной рассылки аналитических отчетов о деятельности ЛПУ в системе ОМС (Новосибирская область);
- внедрения ежеквартальной статистической отчетности (Тульская область).

В Самарской области используются 46 баз медицинских данных. Внедренная здесь еще в 2002 году система персонифицированного учета лекарственных средств, отпускаемых по льготным рецептам, позволила не только наладить учет расходования средств на эти цели, но и начать изменение практики лечения некоторых хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь и сахарный диабет.

В двух регионах используется дистанционное обучение (Ярославская область, Удмуртская Республика).

В Приморском крае проводятся интернет-конференции, интернет-тренинги, радиосоветования.

В Кемеровской области во всех МОУЗ и РОУЗ внедрены информационные технологии финансово-экономической деятельности.

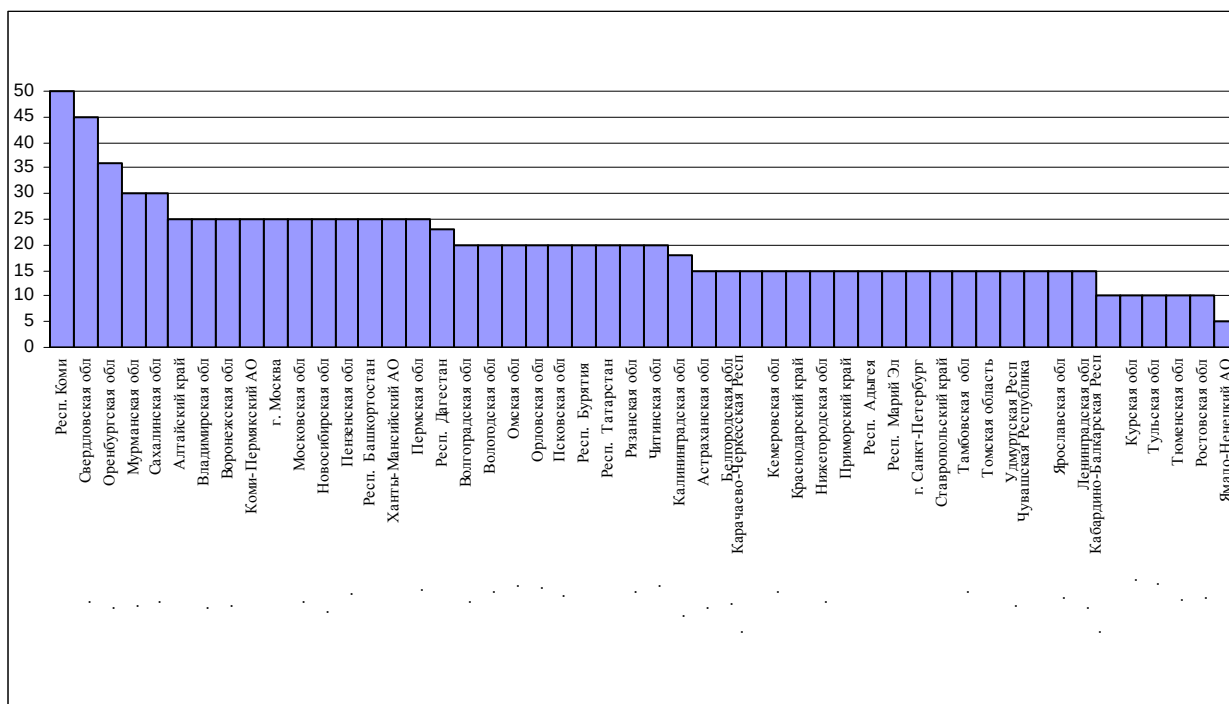
В целом, по всем вышеописанным индикаторам, наиболее высокий уровень развитости информационных технологий в управлении здравоохранением отмечается в Республике Татарстан и Самарской области.

4.4. Механизмы регулирования лекарственного обеспечения

Среди механизмов регулирования лекарственного обеспечения наиболее часто используются:

- разработка и утверждение регионального перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств,
- разработка и утверждение региональных фармацевтических формуляров;
- установление предельных размеров оптовых и розничных надбавок;
- организация централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств областного бюджета и ОМС.

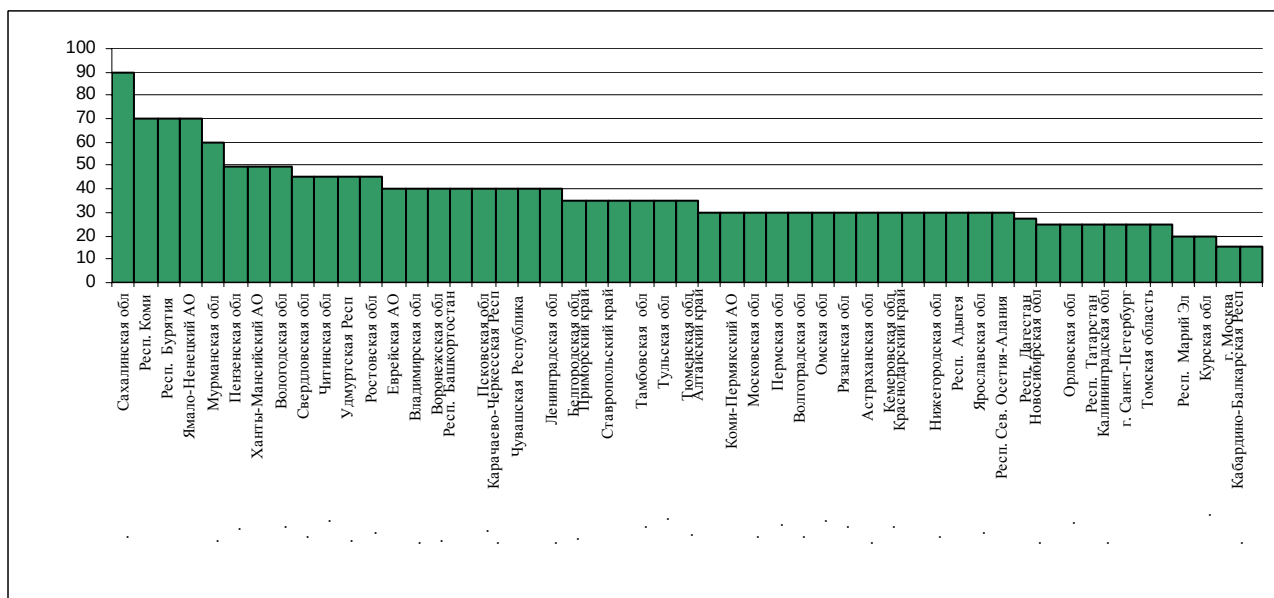
Наибольшее распространение получила практика установления предельных размеров оптовых и розничных надбавок. Такие надбавки установлены практически во всех регионах (в 61 регионе), из которых получены информационные справки. Их значения колеблются от 5% до 50% для оптовых надбавок (см. рис. 14), и от 15% до 90 % - для розничных (см. рис. 15).



Источник: данные из 50 субъектов РФ.

Рисунок 14.

Предельные размеры оптовых надбавок к ценам закупки лекарственных средств, установленные в субъектах РФ, 2004 г., %



Источник: данные из 51 субъекта РФ.

Рисунок 15.

Предельные размеры розничных надбавок к ценам закупки лекарственных средств, установленные в субъектах РФ, 2004 г., %

В значительном количестве субъектов РФ (в 54-х) существует практика централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств регионального бюджета.

Меньшее распространение получили региональные фармацевтические формуляры (имеются в 45 регионах) и региональные перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, содержащие дополнения к федеральному перечню (утверждены в 42 регионах).

На таком же уровне распространенности находится практика централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств обязательного медицинского страхования. Она используется в 43 регионах.

К числу регионов, отличающихся по вышеописанным индикаторам сравнительно высоким уровнем развитости механизмов регулирования лекарственного обеспечения, относятся Астраханская, Белгородская, Липецкая, Новосибирская, Орловская, Пермская, Ростовская, Рязанская, Тамбовская, Томская и Тюменская области; Краснодарский, Красноярский и Приморский края; Республика Бурятия, Республика Марий Эл, Республика Тыва, Чувашская Республика.

4.5. Регулирование оказания платных медицинских услуг

Согласно сложившейся практике, государственные и муниципальные ЛПУ оказывают населению платные услуги. Условия предоставления платных услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях регулируются либо нормативным актом субъекта РФ, либо приказом регионального органа управления здравоохранением (РОУЗ) или же обоими указанными типами документов.

В качестве мер, направленных на предотвращение возможных злоупотреблений в оказании медицинской помощи за плату в государственных и муниципальных ЛПУ, используется разделение потоков «платных» и «бесплатных» пациентов по времени оказания услуг и по месту их предоставления, т.е. организация «платного» приема в другом помещении и в другое время. Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по времени оказания медицинских услуг нормативно закреплено в 53 регионах. Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по месту оказания медицинских услуг встречается реже – только в 27 регионах. Причем в 25 регионах закреплены оба этих требования.

Лишь в 21 регионе РОУЗ директивно определяют тарифы на платные услуги государственных ЛПУ. В 12 регионах они устанавливаются самими ЛПУ по согласованию с региональным органом власти. В остальных 29 регионах государственные ЛПУ самостоятельно определяют цены на свои платные услуги.

Совсем редко, всего в 6 регионах, региональные органы власти утверждают тарифы на платные медицинские услуги в муниципальных ЛПУ. Здесь нормоустанавливающую функцию выполняют органы местного самоуправления. Они определяют тарифы в 22 регионах, в 23 регионах тарифы устанавливаются самими ЛПУ по согласованию с органами местного самоуправления.

К числу регионов, отличающихся сравнительно высоким уровнем развитости методов регулирования ценообразования на платные медицинские услуги, относятся Краснодарский край, Республика Северная Осетия-Алания, Ханты-Мансийский автономный округ.

5. Общественные организации в системе здравоохранения

Во многих российских регионах существуют ассоциации медицинских работников (в 58 регионах из 65, из которых были получены информационные справки). Ассоциации пациентов действуют в существенно меньшем, но все же заметном числе регионов (в 35).

Только в 29 регионах созданы ассоциации страховщиков, а в остальных 39 регионах страховщики взаимодействуют с властями и ТФОМС только индивидуально.

6. Новые формы управления и финансирования в сфере здравоохранения, внедренные в субъектах РФ в 2002 - 2004 годах

Заслуживающие внимания, по мнению региональных органов здравоохранения, нововведения в организации управления в 2002-2004 гг., отмечены в 27 регионах.

6. 1. Новые формы взаимодействия между региональным органом управления здравоохранения, органами местного самоуправления и муниципальными органами управления здравоохранением

Многосторонние соглашения о взаимодействии по оказанию медицинской помощи населению

Наиболее распространенным нововведением в организации управления территориальными системами здравоохранения в последние три года стало заключение договоров между РОУЗ, ТФОМС и органами местного самоуправления о взаимодействии по оказанию медицинской помощи населению региона. Практика заключения таких трехсторонних соглашений появилась, в частности, в Иркутской области, Усть-Ордынском Бурятском автономном округе, Еврейской автономной области, Пермской области. В Омской области заключено соглашение о перераспределении полномочий между РОУЗ и муниципальными образованиями. В Алтайском крае - договор о совместном ведении муниципального здравоохранения.

В Мурманской области инициировано заключение договоров о взаимодействии РОУЗ и органов местного самоуправления для оказания медицинской помощи жителям муниципальных образований.

Развитие форм координационного управления

В субъектах РФ создаются различные региональные советы, в работе которых участвуют представители РОУЗ, МОУЗ и органов местного самоуправления. В Республике Бурятия создан постоянно действующий совет при главе администрации региона по работе с главами муниципальных образований. В Краснодарском крае - Координационный Совет по вопросам реструктуризации здравоохранения при заместителе главы администрации края по социальной сфере. В Кемеровской области - Медицинский совет с участием руководителей всех муниципальных органов здравоохранения, представителей научных кругов и практического здравоохранения. В Удмуртской республике имеется постоянно действующая комиссия по оптимизации здравоохранения.

Для координации деятельности в сфере здравоохранения между территориальными образованиями внутри одного региона создаются соответствующие советы. В муниципальных округах Московской области появились координационные советы, в Алтайском крае - межрайонные советы.

Важной формой взаимодействия субъектов системы регионального управления здравоохранением являются различные совещания, коллегии, заседания, организуемые региональными органами власти и/или РОУЗ.

В Ханты-Мансийском автономном округе проводятся совместные расширенные заседания коллегии Департамента здравоохранения автономного округа, Фармацевтического управления автономного округа, окружного фонда ОМС,

Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по итогам деятельности органов и учреждений здравоохранения в истекшем году и задачах на текущий год. Здесь же получили распространение совместные заседания, в том числе, выездные, аппарата управления Департамента здравоохранения с заместителями глав муниципальных образований по социальным вопросам, руководителями МОУЗ и руководителями окружного фонда ОМС по итогам деятельности здравоохранения за истекший год.

В Республике Башкортостан проводятся расширенные заседания (в том числе с выездом на территории) правительства республики по обсуждению актуальных вопросов здравоохранения в целях привлечения более широкого внимания местных органов власти, всех министерств и ведомств, общественных структур к проблемам и нуждам отрасли. Здесь также проводятся встречи заместителя премьер-министра республики по социальным вопросам с руководителями органов здравоохранения городов и районов республики с участием заместителей глав администраций районов и городов по социальным вопросам для обсуждения актуальных проблем здравоохранения.

6.2. Нововведения в организации финансирования здравоохранения

Лишь в 25 субъектах РФ региональные органы управления здравоохранением и территориальные фонды ОМС указали на заслуживающие, по их мнению, внимания нововведения в организации финансирования здравоохранения в 2002-2004 гг. Наибольшей инновационной активностью отличаются Иркутская область, Краснодарский край, Новосибирская область, Пермская область, Приморский край, Самарская область, Тульская область.

Среди нововведений в организации финансирования здравоохранения, отмеченных РОУЗ и ТФОМС, можно выделить следующие типы и виды.

6.2.1. Нововведения в механизмах сбора и аккумулирования финансовых средств

Участие в эксперименте Пенсионного фонда по финансированию расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам.

Этот эксперимент проводится с 2003 г. в соответствии с Постановлениями Правительства Российской Федерации от 17 марта 2003 г. N 158 «О дополнительном финансировании в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам» и от 31.12.2003г. № 807 «О финансировании в 2004 году дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров, получающих трудовую пенсию по старости». В 2004 году средства Пенсионного фонда использовались на указанные цели в 32 регионах. Условиями получения этих дополнительных средств были централизованное осуществление субъектами РФ взносов на неработающее население в размере не ниже платежа Пенсионного фонда, использование в качестве методов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи оплату за посещения, формирование персонифицированных лицевых счетов на застрахованных пенсионеров, обратившихся за медицинской помощью.

Между тем обращает на себя внимание то, что лишь один ТФОМС - в Тамбовской области отметил в качестве заслуживающих внимание для распространения в других регионах изменения, связанные с проведением данного эксперимента. По-видимому, участие в масштабном эксперименте, инициированном сверху, не расценивалось субъектами РФ в качестве собственных инноваций, которые интересно предложить вниманию других.

Централизация осуществления страховых взносов за неработающее население на уровне субъекта РФ была названа в качестве нововведения в 4 регионах: Вологодской и Томской областях, Краснодарском крае и Республике Саха (Якутия). Взносы в систему

ОМС стали выплачиваться только из регионального бюджета. Следует заметить, что три из этих четырех субъектов РФ (кроме Якутии) выступали получателями средств Пенсионного фонда и были обязаны провести централизацию выплат взносов за неработающее население.

В дополнение к этому в Краснодарском крае были созданы постоянные комиссии по ведению списков неработающего населения, проживающего на территории каждого муниципального образования, подлежащего обязательному медицинскому страхованию.

Согласно новому законодательству по разграничению полномочий между различными уровнями власти, с 1 января 2006 года организация и финансовое обеспечение ОМС неработающего населения отнесены лишь к компетенции субъектов РФ, и таким образом страхователями неработающего населения будут выступать только органы власти субъектов РФ, а взносы будут производиться соответственно лишь из региональных бюджетов.

Новые формы взаимодействия со страхователями работающего населения были внедрены в двух регионах. В Алтайском крае, несмотря на то, что функция сбора страховых взносов на ОМС возложена на органы налоговой инспекции, ТФОМС проводит мониторинг поступления финансовых средств от соответствующих плательщиков, ежемесячно направляет в страховые медицинские организации информацию о недобросовестных плательщиках и в соответствующих объемах корректирует размеры финансирования страховщиков, с которыми имеют договоры ОМС такие плательщики. Страховые медицинские организации, в свою очередь, инициируют процесс расторжения данных договоров ОМС, что становится сильным побудительным стимулом для страхователей производить оплату взносов на ОМС, чтобы обеспечить медицинское обслуживание своих работающих.

В Карачаево-Черкесской Республике в качестве инструмента взаимодействия с плательщиками единого социального налога в части, предназначенной на ОМС работающего населения, внедрена «карточка страхователя» - документ, позволяющий контролировать своевременность уплаты налогов, численность работающих на предприятиях и численность лиц, подлежащих ОМС.

Механизм компенсации расходов системы ОМС на оказание медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий (система взыскания регрессных исков), был внедрен в Пермской области.

6.2.2. Нововведения в распределении финансовых средств

Отбор страховщиков на конкурсной основе для участия в ОМС неработающего населения был произведен в Томской области и в Санкт-Петербурге.

В Вологодской области организация ОМС всего неработающего населения была поручена единственной страховой медицинской организации.

Редуцирование роли страховщиков в системе ОМС было произведено в Ленинградской области. Страховые медицинские организации были лишены возможности выполнять установленную законодательством об ОМС функцию оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным медицинскими учреждениями. Эту оплату стал производить непосредственно сам ТФОМС. Страховым медицинским организациям оставили функцию проведения вневедомственной экспертизы помощи, оказанной застрахованным.

Подобная инновация, разумеется, противоречит действующему федеральному законодательству об ОМС, но она является закономерной реакцией на оттяжку решения федеральными органами власти давно назревшей проблемы неэффективности отведенной страховщикам роли пассивных посредников-кассиров между ТФОМС и ЛПУ.

Совершенствование методов распределения средств между страховщиками было проведено в Приморском крае. Расчет дифференцированных подушевых нормативов

финансирования страховщиков стал производиться на основе реестров пролеченных больных и регистров застрахованного населения.

6.2.3. Нововведения в механизмах финансового планирования и оплаты медицинской помощи

Внедрение механизма муниципального заказа для ЛПУ на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи отмечено в качестве заслуживающих внимания нововведений в Республике Адыгея, Пермской и Тамбовской областях.

Развитие методологии планирования объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий осуществлялось в Приморском крае. Расчет объемов амбулаторно-поликлинической помощи производится через плановую функцию врачебной должности на основе утвержденных норм времени на посещение к врачам амбулаторного приема.

Переход к другим методам оплаты медицинской помощи и совершенствование методов расчета тарифов были отмечены в качестве инноваций в 11 регионах. Особого внимания заслуживают следующие нововведения:

- в Иркутской области предусмотрена зависимость уровня оплаты амбулаторно-поликлинической помощи от степени достижения показателей модели оценки эффективности, в т.ч. от объема стационарной помощи, развития стационарозамещающих технологий;
- в Калининградской области во всех поликлиниках, работающих в системе ОМС, реализуется программа «Талон амбулаторного пациента», позволившая перейти к оплате амбулаторно-поликлинической помощи за законченный случай лечения и ввести персонифицированное формирование реестров оплаты помощи застрахованным;
- в Приморском крае внедрена система оплаты амбулаторно-поликлинической помощи методом подушевого финансирования с расчетом значений подушевых нормативов на основе разработанных моделей конечного результата оказания медицинской помощи;
- в Самарской области, где уже давно используется метод оплаты стационарной помощи по законченному случаю госпитализации, перестали производить дифференциацию тарифов на оплату одинаковых случаев лечения в зависимости от уровня ЛПУ, а стали это делать по уровням клинико-статистических групп; что является существенным шагом вперед во внедрении элементов рыночных отношений в систему ОМС.

Развитие механизмов контроля выполнения муниципальных заказов, качества оплачиваемой медицинской помощи, деятельности ЛПУ имело место в 6 регионах. Среди нововведений можно отметить:

- в Волгоградской области – внедрение практики проведения ежемесячных тематических совещаний ТФОМС с субъектами ОМС (дней эксперта) по вопросам методологии, организации, проведения и результатам экспертной деятельности;
- в Пермской области – создание трехуровневой системы контроля качества медицинской помощи населению в рамках территориальной программы ОМС (Координационный совет при администрации области - ТФОМС – страховые медицинские организации);
- в Иркутской области – введение единой методики оценки качества медицинской помощи для систем ведомственного и вневедомственного контроля, установление порядка их организации и обмена результатами.

6.2.4. Внедрение автоматизированных систем учета страхователей, застрахованных, объемов медицинских услуг и контроля их качества, движения финансовых средств

Такие нововведения имели место в 6 регионах:

- в Волгоградской области - Создание единого регистра застрахованных, присвоение единого уникального персонифицированного номера с централизованной распечаткой на бланках полисов единого образца от имени страховых медицинских организаций; проведение анализа деятельности медицинских учреждений, работающих в системе ОМС на основе электронных счетов;
- в Иркутской области - создание единой информационной системы, обеспечивающей эффективное информационное взаимодействие участников ОМС: ЛПУ–страховая медицинская организация–ТФОМС (филиал ТФОМС) – РОУЗ;
- в Новосибирской области – осуществление ежедневного контроля со стороны ТФОМС за движением средств ОМС в страховых медицинских организациях с использованием электронного документооборота с банками;
- в Пермской области – создание единой региональной информационной системы ОМС, объединяющей ТФОМС, его филиалы, медицинские учреждения, страховые медицинские организации, предусматривающей централизованную обработку и оплату счетов ЛПУ, единые стандарты информационного обмена;
- в Самарской области - создание единого медико-социального регистра застрахованных;
- в Тульской области - внедрение системы автоматизированного бухгалтерского учета и программного комплекса аналитического учета движения финансовых средств в ТФОМС и ЛПУ; использование специализированной экспертизы «Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи»; внедрение пластикового полиса ОМС с микросхемой.

6.2.5. Инновации в организации лекарственного обеспечения

В 2002-2004 гг. заметные изменения в организации лекарственного обеспечения имели место в 5 регионах, в том числе:

- в Ленинградской области была организована централизованная поставка медикаментов в ЛПУ для обеспечения стационарных видов медицинской помощи;
- в Новосибирской области была проведена централизация закупок для ЛПУ медикаментов и других товаров на конкурсной основе с использованием электронного мониторинга цен;
- в Калининградской, Пермской, Самарской областях – создание систем персонифицированного учета на уровне ЛПУ медикаментов, выписываемых различным категориям граждан.

6.2.6. Развитие механизмов обеспечения прав застрахованных по ОМС

В Иркутской области было утверждено Положение по обеспечению прав застрахованных по ОМС граждан (совместным приказом комитета здравоохранения администрации области и ТФОМС от 22.02.2002 г. №88/13).

6.3. Новые формы оплаты труда

Наиболее распространенным видом изменений в формах оплаты труда стало введение различных доплат работающим, финансируемых из регионального бюджета. Доплаты вводились как для всех работников здравоохранения, так и для определенных их групп. Чаще всего доплаты устанавливались для следующих категорий медицинских работников: молодых специалистов, врачей и медицинских сестер общей практики, персонала, оказывающего противотуберкулезную помощь населению, работающим в сельской местности, оказывающим скорую и экстренную медицинскую помощь, имеющим нагрудные знаки.

Доплаты к тарифным ставкам

В Калининградской, Самарской и Ульяновской областях работникам учреждений здравоохранения были установлены за счет средств регионального бюджета доплаты к тарифным ставкам (окладам) по каждому разряду ЕТС. В Нижегородской области ежемесячные доплаты врачам производятся за счет средств муниципальных образований. В этой области фонд экономического стимулирования работников медицинских учреждений был увеличен на 10%.

Доплаты молодым специалистам

В двух регионах постановлениями глав администраций введены доплаты молодым специалистам: в Читинской области в размере 20% к должностным окладам, в Рязанской - в размере 300 рублей.

В Калужской области производятся ежемесячные доплаты молодым специалистам, работающим в сельской местности: медсестрам – 1500 руб., врачам – 2500 руб. В этой же области введены доплаты к основным должностным окладам фельдшеров, акушеров, медсестер, санитарок фельдшерско-акушерских пунктов.

Доплаты отдельным категориям медицинских работников

В ряде муниципальных образований Самарской области установлены доплаты к должностным окладам участковым врачам, врачам реаниматологам.

В Калужской области введены доплаты в размере 20% к основным должностным окладам участковым врачам, терапевтам, педиатрам и реаниматологам.

В Тамбовской, Московской и ряде других областей увеличена оплата труда медицинского персонала общих врачебных практик.

В Нижегородской области введены доплаты работникам учреждений здравоохранения, участвующим в оказании противотуберкулезной помощи населению, в размере 25% месячной тарифной ставки, а в Воронежской области производится доплата за работу с микобактериями туберкулеза.

В Калужской области действуют (в размере 20%) доплаты к основным должностным окладам работников выездных бригад, диспетчерской службы, водителей, обслуживающих вызовы станций (отделений) скорой медицинской помощи и отделения экстренной медицинской помощи областной больницы. Кроме того, в этой области выплачиваются доплаты в размере 500 руб. гражданам, награжденным нагрудным знаком «Отличник здравоохранения».

7. Заключение

1. Несмотря на проведенные в последние годы изменения в межбюджетных отношениях и внедрение новых инструментов выравнивания бюджетной обеспеченности субъектов РФ, сохраняется значительное неравенство в размерах государственного финансирования здравоохранения в расчете на одного жителя в разных регионах страны и в уровне финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

2. Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения в регионах России в последние годы заметно выросла, но дифференциация этого показателя и соответственно роли ОМС в региональных системах здравоохранения остается весьма высокой.

3. Сохраняются значительные различия между сформировавшимися в разных регионах моделями ОМС. Финансирование медицинских организаций в территориальных системах ОМС производится по разным правилам: применяются 7 основных методов

оплаты амбулаторной помощи, 6 методов оплаты стационарной помощи и их различные сочетания.

4. Отдельные субъекты РФ активно разрабатывают стандарты оказания медицинской помощи и используют их при расчете тарифов в системе ОМС, однако большинство регионов этого либо вообще не делается, либо разработанных стандартов очень мало.

Тем не менее правомерно утверждать, что практика разработки стандартов и их использования для целей оплаты медицинской помощи получила достаточно заметное распространение в нашей стране, и что существуют предпосылки для выполнения сформулированной в Послании Президента РФ от 26 мая 2004 года задачи детализации гарантий бесплатной помощи в виде стандартов медицинских услуг.

5. Механизмы финансирования здравоохранения сравнительно более развиты, то есть в большей мере, в сопоставлении с другими регионами, отвечают требованиям эффективной организации финансирования медицинской помощи, в следующих регионах: Самарской, Новосибирской областях, Приморском крае, Кемеровской области, Удмуртской Республике, Москве, Республике Татарстан, Свердловской области, Красноярском крае, Чувашской Республике.

6. В большинстве субъектов РФ территориальные системы ОМС не обеспечивают стабильности финансовых условий деятельности покупателей медицинской помощи – страховщиков, используют методы оплаты медицинской помощи и дифференциации тарифов на медицинские услуги, которые стимулируют медицинские учреждения к воспроизводству сложившейся структуры объемов оказываемой помощи и затратного типа хозяйствования.

7. Сложившиеся в большей части субъектов РФ модели ОМС представляют собой системы «раздаточного финансирования» здравоохранения, механизмы распределения средств в которых не обеспечивают повышения эффективности их использования. Многообразие моделей ОМС отражает скорее специфические условия раздачи аккумулируемых финансовых ресурсов медицинским учреждениям, нежели территориальные особенности обеспечения эффективного функционирования отрасли.

8. Система ОМС в нашей стране требует модернизации, а рамки допустимого многообразия региональных моделей финансирования здравоохранения – существенного сужения.

9. Современное состояние систем управления здравоохранением в субъектах РФ является результатом трансформации некогда целостной модели административного управления под воздействием процессов децентрализации государственного управления и существенного расширения компетенции органов местного самоуправления, внедрения системы ОМС, изменения условий хозяйствования ЛПУ. В разных регионах страны эта трансформация происходило неодинаково. Соответственно современная организация отраслевого управления имеет заметные региональные различия.

10. В большинстве регионов взаимодействие РОУЗ и ТФОМС концентрируется вокруг разработки территориальной программы ОМС, правил ОМС в субъекте РФ, определения порядка оплаты медицинских услуг в системе ОМС, обсуждения на заседаниях Правления ТФОМС проекта бюджета ТФОМС и отчета о его исполнении. Но примерно в четверти регионов РОУЗ оказывают более сильное влияние на политику ТФОМС.

11. Различия в используемых механизмах согласования региональной и муниципальной политики выражены чуть больше, чем различия в механизмах согласования политики бюджетного и страхового финансирования здравоохранения.

В подавляющем большинстве регионов муниципальные органы власти согласовывают с РОУЗ назначение и освобождение от должности руководителей районных органов управления здравоохранением, необходимость открытия новых или ликвидации существующих ЛПУ. Но есть регионы, где это делается иногда, или не

делается вообще. В большей части регионов местные власти не согласовывают с РОУЗ политику закупки дорогостоящего оборудования, если это осуществляется за счет средств местных бюджетов.

Организационные формы взаимодействия по вертикали остаются пока достаточно традиционными: участие в коллегиях, проведение выездных и совместных коллегий.

12. Развитие информатизации российской системы здравоохранения уже достаточно заметно. В большинстве ЛПУ уже имеются компьютеры, в целом ряде регионов имеется опыт применения новых информационных технологий. Однако компьютеры пока еще мало используются для обмена информацией между органами здравоохранения разных уровней и ЛПУ.

13. Решение задач лекарственного обеспечения пациентов ЛПУ и льготных категорий населения в условиях сформировавшегося фармацевтического рынка потребовало от региональных властей использования различных регулирующих механизмов. Но практика их применения неоднородна.

14. Предоставление государственными и муниципальными ЛПУ платных медицинских услуг регулируется по разному. В части регионов нормативно закреплены требования к условиям их оказания, цены на услуги утверждаются органами власти. В других регионах эти меры применяются частично, или не применяются вообще.

15. В целом, с точки зрения развитости практик использования различных механизмов государственного управления здравоохранением, среди российских регионов выделяются Республика Бурятия, Воронежская область, Краснодарский и Красноярский края, Новосибирская, Омская, Оренбургская, Тамбовская, Ярославская области, Республика Тыва, Ханты-Мансийский автономный округ.

16. Несмотря на длительную задержку на федеральном уровне с проведением давно назревшей реформы здравоохранения, на региональном уровне отмечается определенная инновационная активность, правда менее чем в трети субъектов РФ. Есть примерно десять регионов, в которых в последние три года нововведения осуществлялись в разных компонентах системы управления и финансирования, в других проводились отдельные инновации.

Наиболее распространенными нововведениями стали заключение многосторонних договоров между субъектами управления и финансирования здравоохранения по оказанию медицинской помощи населению территорий, переход к новым методам оплаты ЛПУ и внедрение автоматизированных информационных систем.

17. Распространенность инноваций и их характер свидетельствуют, что в целом российская система здравоохранения обладает способностью децентрализованно осуществлять разработку, внедрение и распространение организационно-экономических и управленческих нововведений.

18. Новое законодательство о разграничении полномочий между уровнями власти создает возможности повышения управляемости региональных систем здравоохранения, но ставит перед ними сложные задачи реорганизации и развития новых механизмов управления. Текущий и следующий годы будут отмечены значительными изменениями в организации управления здравоохранением, причем имеющиеся здесь региональные различия, по всей видимости, будут не сглаживаться, а усиливаться. Своевременный мониторинг и анализ этих изменений будут иметь большое значение для всех регионов.