

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ



DOI: 10.26794/2408-9303-2021-8-1-37-47
УДК 614,657(045)
JEL I11

Методы оплаты первичной медико-санитарной помощи в зарубежных странах и в России

О.Е. Качкова^а, Т.И. Кришталева^б

^{а,б} Финансовый университет, Москва, Россия

^а <https://orcid.org/0000-0003-1439-2845>; ^б <https://orcid.org/0000-0003-4297-5917>

АННОТАЦИЯ

Метод подушевого финансирования поликлиник с фондодержанием имеет как положительные, так и отрицательные моменты, вызывает необходимость обязательного учета этого при принятии решения о применении данного способа оплаты. В статье на основе анализа опыта зарубежных стран показано, что равный доступ к первичной медико-санитарной помощи обеспечивается через расширение охвата населения обслуживанием, регулирование процесса распределения финансовых средств, направленных на оплату медицинских услуг. Для повышения эффективности работы системы здравоохранения нужны механизмы тонкой настройки действующих методов планирования, организации и оплаты медицинской помощи, направленные на конечные результаты деятельности. Изучение исторических и международных аспектов оплаты первичной медико-санитарной помощи позволит более эффективно реализовать задачи по модернизации первичного звена здравоохранения РФ, а также мероприятия федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение». Выбрав целью исследования анализ зарубежного опыта способов оплаты медицинской помощи и российский опыт подушевой оплаты на принципах фондодержания, авторы использовали методы библиографического и информационного поиска источников в базах данных.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь; способы оплаты; показатели эффективности; финансирование; оценка эффективности системы здравоохранения

Для цитирования: Качкова О.Е., Кришталева Т.И. Методы оплаты первичной медико-санитарной помощи в зарубежных странах и в России. *Учет. Анализ. Аудит = Accounting. Analysis. Auditing.* 2021;8(1):37-47. DOI: 10.26794/2408-9303-2021-8-1-37-47

ORIGINAL PAPER

Methods of Payment for Primary Health Care in Russia and Foreign Countries

О.Е. Kachkova^а, Т.И. Krishtaleva^б

^{а,б} Financial University, Moscow, Russia

^а <https://orcid.org/0000-0003-1439-2845>; ^б <https://orcid.org/0000-0003-4297-5917>

ABSTRACT

Researchers in many countries are looking for effective ways to organize payment for primary health care and conclude that the method of per capita financing of clinics with fund-holding has both positive and negative aspects, which necessitates their obligatory consideration when deciding on the use of this payment method. The article, based on an analysis of the experience of foreign countries, shows that equal access to primary health care is ensured through the expansion of coverage of the population by services and regulation of the distribution of funds for health services. To improve the efficiency of the health system certain mechanisms of fine-tuning the existing methods of planning, organization and payment of health care, aimed at the end results of activities, are needed. Exploring the historical and international aspects of primary health care will result in more efficient implementation of the tasks of modernizing the primary health care level of the Russian Federation, approved by the Russian Government's Resolution as of 09.10.2019 No. 1304, as well as of the activities within of the federal project "Development of the Primary Health Care System"

© Качкова О.Е., Кришталева Т.И., 2021

being a part of the national health project "Health" developed in compliance with the Decree of the President of the Russian Federation of May 7, 2018 No. 204 "On the national goals and strategic objectives of the development of the Russian Federation until 2024". The purpose of the study is to analyze the ways to pay for medical care in foreign countries and compare it with the Russian experience of per capita payment on the principles of fund-holding. Methods of bibliographic and information search of sources in databases.

Keywords: primary health care; payment methods; performance indicators; funding; assessment of the effectiveness of the health care system

For citation: Kachkova O.E., Krishtaleva T.I. Methods of payment for primary health care in Russia and foreign countries. *Uchet. Analiz. Audit = Accounting. Analysis. Auditing.* 2021;8(1):37-47. (In Russ.). DOI: 10.26794/2408-9303-2021-8-1-37-47

ВВЕДЕНИЕ

Реализация страховой модели в сфере здравоохранения в Российской Федерации насчитывает уже четверть века. На протяжении этого времени можно определить существенные структурные изменения, которые происходили как в аспекте обязательного медицинского страхования (ОМС), так и в плане организации системы по оказанию медицинской помощи.

Для того чтобы иметь корректные представления о перспективах и возможностях совершенствования ОМС и здравоохранения в целом, необходимым является проведение объективной оценки отдельно взятых показателей, которые отражают уровень эффективности развития здравоохранения.

Способы оплаты, которые существуют и действуют на сегодняшний день, не способны мотивировать поликлинику достаточным образом к организации поиска действительно эффективных методов профилактики.

Установление и выбор наиболее эффективных систем оплаты первичной медицинской помощи как с позиции населения, так и с учетом возможностей государства и является целью проведенного исследования, реализованного в свете выполнения в России Национального проекта на период 2019–2024 гг. по направлению здравоохранения.

МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ опубликованной литературы и зарубежной практики показал [1–4], что на сегодняшний день существует финансирование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по следующим схемам:

- подушевое финансирование, распространенное в Чехии, Испании, Эстонии, Венгрии, Польше. Деньги поступают на счет врача общей практики (он является фондодержателем). Врач расплачивается за все виды услуг, необходимые пациенту: консультацию, госпитализацию и т.д. [5, 6];

- оплата за фактически выполненные услуги, объемы оказанной медицинской помощи по установленным тарифам. Такая схема применяется в Бельгии, Франции, Финляндии, Греции, Люксембурге, Германии и др. [7];

- сочетание подушевого финансирования и оплаты за выполненные объемы оказанных услуг. Данная схема распространена в Италии, Дании, Ирландии, Швеции и Словении [7].

В большинстве стран Европейского союза (ЕС) финансирование ПМСП осуществляется исходя из количества прикрепленных больных и дополнительной оплаты за объем оказанных услуг. Цель такого финансирования — укрепление профилактической деятельности первичного звена и снижения числа направлений к узким специалистам.

С 90-х гг. в Великобритании, а с 2004–2007 гг. в ряде стран ЕС (Италия, Португалия, Ирландия) стали внедряться методы мотивации первичного медицинского звена за достижение именно целевых показателей их непосредственной деятельности, т.е. уровень госпитализации, результаты профилактической работы, показатели иммунизации прикрепленного населения и др. При использовании данной схемы фондодержателем может быть представлен врач общей практики, на счет которого поступают денежные средства, и именно он является плательщиком за все типы услуг [7].

Проведенные в недавние годы в Великобритании реформы осуществлялись путем внесения новых условий в договоры между правительством и врачами общей практики. В договоре предусмотрены положения оплаты труда медицинских работников, увязанные с выполнением медицинскими организациями показателей деятельности и результатов лечения. Однако медицинские работники имели возможность быстро достигать установленных показателей и обеспечить себе увеличение дохода на 30%, отказываясь от «невыгодных» пациентов и услуг. Такие нововведения предусматривали обес-

печение зависимости между оплатой труда и выполнением медицинскими организациями показателей деятельности и результатов лечения, которые были заранее предусмотрены и установлены.

Неоднозначность результатов данной модернизации заключалась в том, что, несмотря на повышение доходов врачей на 30% за счет оперативно достигнутых показателей, возникла угроза отбора «недорогих» пациентов и услуг. В связи с заметной корреляцией между изменениями относительно способов оплаты и реформами оплаты труда работников ПМСП можно выделить три этапа. Первый этап — переход от окладов к способам оплаты за количество услуг, оказанных в совокупности, или число пациентов, прикрепленных к поликлинике. Далее происходит повышение частоты использования комбинированных способов оплаты, осуществляемых за количество прикрепленных пациентов в сочетании с объемом услуг, оказанных учреждением. В данном случае рассматриваются услуги, которые обладают повышенной значимостью для системы здравоохранения в целом — например, профилактика, иммунизация и др. Особенностью третьего этапа является внедрение разных методов вознаграждения не за количество, а за качество оказанных услуг. Также происходит разработка различных интегрированных моделей оплаты за достижение эффективного результата, которые особенно используются при лечении хронических заболеваний.

В России используется подушевое финансирование в сочетании с оплатой за объем оказанных услуг. Но из-за низкого уровня финансовой обеспеченности здравоохранения и ответственности такое финансирование породило проблемы: приписки, сокращение реально необходимого объема услуг и др. [8].

Анализ существующих способов финансирования медицинской помощи показал, что и в России, и в мире ищут оптимальное эффективное использование имеющихся ресурсов, позволяющее обеспечить качественные и доступные для населения услуги в системе здравоохранения. Необходимо расширять охват населения медицинской помощью и регулировать процесс распределения направленных на эти цели финансовых средств [9, 10].

В западных странах для повышения качества и эффективности медицинской помощи стали применяться методы независимой оценки технологий лечения, системы закупок инновационного оборудования и шире оплата труда медицинских работников за результаты деятельности.

Равная возможность к получению медицинской помощи достигается благодаря увеличению охвата населения медицинским обслуживанием и регламентированию процесса по распределению денежных средств, которые направлены на оплату разного типа медицинских услуг [11].

В этих условиях наиболее доступным и эффективным способом оказания медицинской помощи становится ПМСМ и бесспорен вывод [12], что для достижения экономической эффективности здравоохранения необходимо, чтобы:

- система здравоохранения располагала достаточным количеством средств для борьбы с заболеваемостью и для укрепления здоровья;
- здравоохранение эффективно использовало имеющиеся средства именно на медицинское обслуживание и чтобы польза от применяемых технологий превышала затраты на них.

Реализация таких целей необходима и для российского здравоохранения: гарантировать всему населению обеспечение медицинскими услугами при соблюдении равенства доступа к ним, а также соблюдать соответствие между ресурсами и потребностью в медицинской помощи [7].

Бесспорным является вывод авторов исследования «Финансирование здравоохранения в Европейском союзе» [11], что для обеспечения экономической эффективности здравоохранения требуются два условия:

- в системе здравоохранения необходимо наличие такого количества средств, чтобы предоставить возможности по борьбе с заболеваемостью и способствовать укреплению здоровья населения;
- система здравоохранения должна использовать средства, находящиеся в наличии, эффективно, расходы должны осуществляться только на издержки, связанные с медицинским обслуживанием, и в таком случае польза от используемых технологий должна превышать затраченные ресурсы на их применение.

В сферах, где есть заметная нехватка финансовых средств, важным представляется обеспечить поиск возможностей более грамотного и продуманного использования данных средств. Актуальность данного тезиса особо ярко заметна на примере нашего здравоохранения — от предоставления гарантий всего к обязательству обеспечения медицинской помощи в условиях предоставления равенства доступа к медицинским услугам. Становится понятным, что в таком случае критичным является проведение соответствия между потребностью и ресурсами в сфере медицинской помощи.

Как показывают данные открытых источников, «в Великобритании для оценки работы врачей общей врачебной практики (ОВП) применяются 129 специальных критериев по четырем сферам деятельности — клиническая, организация практики, поощрение дополнительных услуг, обратная связь с пациентом; во Франции 16 показателей для 3 сфер — профилактика, управление хроническими заболеваниями, эффективная выписка лекарств; в Австралии 13 показателей для 3 сфер — качество помощи, ресурсный потенциал врачебных практик, сельская медицина» [11].

Количество и состав показателей оценки деятельности медицинских организаций представлены в табл. 1.

Следует отметить сомнительную роль ряда факторов для достижения стабильности финансирования, хотя им уделяется особое внимание в сфере управления здравоохранением [2]:

- наличие конкуренции среди покупателей услуг;
- финансирование без учета сбалансированности между наличием средств и потребности в них;
- усиление роли частного медицинского страхования;
- введение сберегательных счетов.

Большинство из рассмотренных вариантов достижения финансовой устойчивости системы здравоохранения ЕС могут быть использованы в реформе отечественной модели ОМС.

В реформе отечественной модели ОМС должны получить дальнейшее развитие методы оплаты медицинской помощи на основе подушевого финансирования амбулаторно-поликлинической помощи и стационарной по клинико-статистическим группам (КСГ) заболеваний, направленных на достижение конечных результатов деятельности при использовании элементов фондодержания [14, 15].

Группой экспертов по заказу компании Philips подготовлен отчет Future Health Index (Индекс здоровья будущего, 2017)¹. В отчете показано, на каком этапе находятся нынешние системы здравоохранения различных стран и какие решения в этой сфере позволят улучшить общественное здоровье [7, 16].

Эффективность использования ресурсов медицины становится первоочередным при возрастающих расходах на здравоохранение во всех странах [16].

Системы здравоохранения в таких странах, как ОАЭ, Сингапур, Саудовская Аравия и Китай, признаются эффективными, хотя в этих странах не самые высокие расходы на здравоохранение. В процентах от ВВП это от 3,6 до 5,6%. Однако в этих странах достигнуты лучшие результаты по доступности и интеграции систем медицинской помощи, внедрению цифровых технологий. В странах, где расходы на здравоохранение составляют от 10,9 до 17,1% (США, Германия, Швеция, Франция, Нидерланды), доступность медицинской помощи значительно ниже. Россия, где расходы на здравоохранение 7,1% от ВВП, оказалась на 9-м месте и на 3-м после ЮАР и Аргентины с показателем результативности в 68,2% [7].

При проведении обзора реформ по финансированию здравоохранения в ЕС были выявлены те реформы, которые действительно укрепляют систему здравоохранения и которые, наоборот, способствуют возникновению угроз по проведению равного доступа населения к медицинскому обслуживанию, являются причиной сокращения ее финансовых перспектив [12].

Меры, способствующие повышению финансирования (например, повышение доли в налоговых отчислениях, уменьшение количества издержек), развернутые методы регулирования и использования ресурсов, схемы оплат за достижение установленных показателей деятельности медицинской организации и отдельно взятого врача, относятся к реформам, которые позволяют обеспечить устойчивость системы здравоохранения.

Исследование показало, что необходимо смещать приоритеты в сторону профилактики вместо лечения [17]. Профилактика позволит существенно снизить затраты и повысить эффективность организации здравоохранения. Профилактика — это комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Профилактический медицинский осмотр — это комплекс медицинских вмешательств с целью раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выра-

¹ Отчет по России. Подготовлен по заказу компании Philips. 2017. 12 с. URL: <https://www.philips.ru/a-w/about-philips/future-health-index> (дата обращения: 18.05.2020).

Таблица 1 / Table 1

**Количество и состав показателей для оценки деятельности медицинских организаций /
Number and composition of indicators to assess the performance of medical organizations**

Страна / Country	Количество и состав показателей / Number and composition of indicators
Великобритания для общей врачебной практики / UK for General Medical Practice	129 показателей для 4 сфер: клиническая деятельность, организация практики, поощрение дополнительных услуг, обратная связь с пациентами / 129 indicators for 4 areas: clinical activity, practice organization, promotion of additional services, patient feedback
Австралия для амбулаторных врачей / Australia for ambulatory doctors	13 показателей для 3 сфер: качество помощи, ресурсный потенциал врачебных практик, сельская медицина / 13 indicators for 3 areas: quality of care, resource potential of medical practices, rural medicine
Франция для амбулаторных врачей / France for ambulatory doctors	16 показателей для 3 сфер: профилактика, управление хроническими заболеваниями, эффективная выписка лекарств / 16 indicators for 3 areas: prevention, chronic disease management, effective drug prescribing
США для больниц (программа HQID) / U.S. for Hospitals (Program HQID)	34 индикатора для 5 состояний: острый инфаркт, сердечная недостаточность, операции шунтирования, пневмония, замена коленного и тазобедренного суставов / 34 indicators for 5 conditions: acute heart infraction, heart failure, bypass surgery, pneumonia, knee and hip replacement
Новая Зеландия для общей врачебной практики / New Zealand for general medical practice	10 индикаторов для 4 сфер: охват приоритетными услугами, ресурсный потенциал практик, качество помощи / 10 indicators for 4 areas: priority services coverage, resource capacity of practices, quality of care

Источник / Source: составлено авторами на основе [12, 13] / compiled by the authors on the basis of [12, 13].

ботки рекомендаций для пациентов. В связи с необходимостью снижения уровня госпитализации в стационарах способы оплаты, которые существуют и действуют на сегодняшний день, не способны мотивировать поликлинику достаточным образом к организации поиска действительно эффективных методов профилактики.

Первичная профилактика заболеваний, наблюдение за хроническими больными, их реабилитация предотвратят обострение болезней, снизят потребность в стационарной и скорой помощи [18].

Определение персонализированных профилактических мер может способствовать значительному уменьшению издержек и повышению уровня результативности организации здравоохранения. При этом к данным мерам могут быть отнесены не только мероприятия, связанные с первичной профилактикой заболеваний, но и те, что направлены на выявление проблем благодаря наблюдению за хроническими больными. Снижение степени потребности населения в стационарной (в том числе высокотехнологичной) и скорой медицинской помощи будет являться результатом введения профилактических мер.

Методы оплаты медицинской помощи, которые внедряются в ряде зарубежных стран, способны обеспечить достижение более высоких конечных результатов лечения благодаря лучшей мотивации медицинских работников. Методы оплаты за консультации, отдельные процедуры, койко-дни в больнице не обеспечивают интеграцию различных этапов лечения заболевания, потому что медицинские работники заинтересованы в оказании дорогостоящих услуг [19].

Рейтинг стран мира по эффективности здравоохранения, составленный аналитиками агентства Bloomberg в 2018 г., по средней ожидаемой продолжительности жизни, государственным расходам на здравоохранение в процентах от ВВП на душу населения, средней стоимости медицинских услуг на душу населения [17] включал 56 стран, в том числе страны бывшего СССР и социалистического лагеря, в большинстве из которых проводятся реформы здравоохранения и ПМСП [7].

В табл. 2 представлены данные по странам с сопоставимыми расходами на здравоохранение, проводимыми в них реформами здравоохранения,

Таблица 2 / Table 2
Показатели эффективности здравоохранения в странах / Health performance indicators by countries

Страна / Country	Место страны в рейтинге 2016/2018 гг. / The country's place in the ranking of 2016/2018	Оценка эффективности системы здравоохранения / Assessment of the effectiveness of the health system	Продолжительность жизни / Lifespan	Стоимость медицинских услуг, долл. США на чел. / The cost of medical services is USD per person	Модель финансирования здравоохранения в % ВВП страны / Health financing model as% of the country's GDP	Реформы первичной медицинской помощи / Primary Care Reforms	Способы оплаты первичной медицинской помощи врачу / Ways to pay for the primary care to a doctor
Испания / Spain	3/3	69,3	82,8	2354	Бюджетное финансирование – 9,2% / Budget funding – 9.2%	Свободный выбор врача; созданы Центры здоровья по оказанию первичной медицинской помощи / Free choice of a doctor; Primary Health Centres established	Фиксированный оклад медицинских работников / Fixed salary of health workers
Италия / Italy	6/4	67,6	82,5	2700	Бюджетное финансирование – 9,0% на основе подушевого принципа распределения / Budget funding – 9.0% based on per capita distribution principle	Индивидуальные практики; сравнительно низкая нагрузка на врача 880 чел.; используется система сравнительной оценки качества и стоимости услуг / Individual practices; Relatively low load on a doctor: 880 people; a system of comparative assessment of the quality and cost of services is used	Установлены оклады с доплатой за объем выполненных услуг и качественные показатели работы / Salaries with additional payment for the amount of services performed and quality performance are established
Финляндия / Finland	24/19	54,7	81,5	4005	Бюджетное и государственное страхование (83 и 17% соответственно) – 9,4% / Budget and public insurance (83 and 17% respectively) – 9.4%	Первичная медицинская помощь оказывается в центрах первичной медицинской помощи / Primary care is provided in primary care centres	Установлены фиксированные оклады медицинским работникам, доплаты за объем помощи / Fixed salaries for medical workers, additional payments for the amount of care
Швеция / Sweden	27/22	53,2	82,2	5600	Государственное бюджетное финансирование – 11% / State budget funding – 11%	Реализована Национальная программа развития ПМСП; групповая практика врачей общей практики; внедрена оценка медицинских технологий; свободный выбор врача / Free choice of a doctor. The National Primary Health Care Development Programme has been implemented; group practice of general practitioners; evaluation of medical technologies has been introduced;	Оклад, доплаты за переработку / Salary, overtime payments
Польша / Poland	18/24	52,7	77,5	797	Государственное страхование – 6,3% / National insurance – 6.3%	Свободный выбор врача; повсеместно реализован стандарт оснащения рабочего места врача первичной медицинской помощи / Free choice of a doctor; Standard of Workplace Equipment of the Primary Care Physician is implemented everywhere.	Подушевое финансирование в сочетании с оплатой за медицинские услуги профилактического мероприятия, экстренную помощь / Per capita funding combined with payment for preventive medical services: activities, emergency assistance

Окончание таблицы 2 / Table 2 (continued)

Страна / Country	Место страны в рейтинге 2016/2018 гг. / The country's place in the ranking of 2016/2018	Оценка эффективности системы здравоохранения / Assessment of the effectiveness of the health system	Продолжительность жизни / Lifespan	Стоимость медицинских услуг, долл. США на чел. / The cost of medical services is USD per person	Модель финансирования здравоохранения в % ВВП страны / Health financing model as% of the country's GDP	Реформы первичной медицинской помощи / Primary Care Reforms	Способы оплаты первичной медицинской помощи / Ways to pay for the primary care to a doctor
Венгрия / Hungary	33/42	42,0	75,6	894	Государственное страхование – 7,2% / National insurance – 7.2%	Свободный выбор врача; страховой медицинской организации; реализована конкурентная модель покупки медицинских услуг страховой медицинской организации / Free choice of a doctor and an insurance medical organization; a competition model for the purchase of medical services by an insurance medical organization has been implemented	Фиксированный оклад / Fixed salary
Казахстан / Kazakhstan	45/44	39,2	72	379	Государственное финансирование на основе госзаказа – 3,9%, подушевое ПМСП / State budget financing on the basis of state order – 3.9%, per capita funding of primary health care	Введены стимулирующие выплаты за конечные результаты / Incentive payments for end results are introduced	Стимулирующие выплаты за конечные результаты / Incentive payouts for end results
Германия / Germany	39/45	38,3	80,6	4592	Государственное страхование – 11,2% / National insurance – 11.2%	Свободный выбор врача и медицинской организации / Free choice of a doctor and a medical organization	Оплата за объем услуг / Pay-per-volume of services
Беларусь / Belarus	48/49	35,3	73,6	352	Государственное финансирование – 6,1% / State budget funding – 6.1%	Общая врачебная практика в сельской местности / General medical practice in rural areas	Фиксированный оклад / Fixed salary
Россия / Russia	55/53	31,3	71,2	524	Государственное страхование – 5,6% / National insurance – 5.6%	В отдельных регионах введены стимулирующие выплаты за конечные результаты работы в оклад / Incentive payments for the end results of work in addition to salary have been introduced in some regions	В оклад введены стимулирующие выплаты за конечные результаты работы в отдельных регионах / Salary includes incentive payments for end results in some regions

Источник / Source: разработано по данным рейтинга агентства Bloomberg в 2016–2018 гг. / developed by authors on the basis of Bloomberg's rating in 2016–2018.

применяемыми методами оплаты и способами организации ПМСП.

В настоящее время наиболее эффективными являются системы здравоохранения не только с высоким уровнем финансовой обеспеченности, но и с различными формами модернизации первичного звена [7]. Как пример следует отметить Национальную программу развития первичной медицинской помощи Швеции, Центры здоровья, объединяющие врачей общей практики Испании, Финляндии [19].

В Азербайджане, Белоруссии, Казахстане модель финансирования бюджетная, в Болгарии, Венгрии, Польше, России — страховая, но среди этих стран не наблюдается эффективное развитие системы государственного здравоохранения. Хотя в Болгарии, Казахстане, России используются методы повышения эффективности работы врачей первичного звена, внедряются модели конечных результатов работы. Рекомендовать широкое применение такой модели преждевременно, так как применение модели конечных результатов в отдельных странах ЕС показало, что часто такая модель становится источником дополнительных выплат без улучшения качества оказываемой медицинской помощи [7].

Необходимость реформирования способов оплаты в отечественной системе здравоохранения подтверждается практикой реализации КСГ и подушевого финансирования за последние годы в Российской Федерации. Поликлиники заинтересованы только в количестве прикрепленных граждан, стационары — в оказании медицинской помощи в самых тяжелых ситуациях по дорогим КСГ.

Основными причинами низкой эффективности внедрения данной модели финансирования стали разбалансированное финансовое обеспечение амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также риски сокращения обоснованных госпитализаций и вызовов скорой медицинской помощи в целях получения экономии финансовых средств в первичном звене. Цель фондодержания — повышение ответственности врачей первичного звена за здоровье прикрепленного населения, расширение профилактической работы, устранение диспропорций в объемах оказания медицинской помощи благодаря координирующей роли амбулаторной службы, развития стационарзамещающих технологий, сокращения объемов стационарной помощи. Главным механизмом мотивации для решения этих задач явился переход от оплаты за объем оказанных

медицинских услуг к поощрению его ограничений [4]. Практическая реализация фондодержания в регионах позволила найти механизмы нейтрализации негативных последствий его внедрения, которые в современных условиях сформированной трехуровневой системы оказания медицинской помощи, развития информационных технологий учета медицинских услуг могут получить дальнейшее развитие на основе использования модели конечных результатов работы, механизмов взаиморасчетов и мотивации за качественные показатели деятельности, механизма прикрепления населения для предоставления ПМСП [8]. В перспективе необходимо перейти к интегрированным способам оплаты первичной и специализированной медицинской помощи в рамках программ управляемых заболеваний. Для этого следует разработать нормативные правовые акты, регулирующие подушевую форму оплаты на принципах фондодержания.

В основе действующих принципов планирования объемов медицинской помощи заложены мощность и фактические результаты работы медицинских организаций без учета показателей качества и эффективности их работы. В распределении объемов основополагающую роль определяет сложившаяся в регионе сеть медицинских организаций. Конечный результат их деятельности, происходящий в форме оплаты за оказанную медицинскую помощь, зависит от выполнения объемных показателей — количества посещений, госпитализаций, проведенных профилактических мероприятий. В финансовых результатах качественные показатели работы медицинской организации и выбор пациента не имеют значения. Тарифы и способы оплаты в системе ОМС не стимулируют развитие эффективных технологий оказания ПМСП (дистанционный мониторинг, телемедицинские консультации, дистанционное наблюдение и лечение, доступная реабилитация). Отсутствуют комплексные программы управления хроническими заболеваниями для расчета стоимости полного цикла лечения пациента, нет мотивации на внедрение в практику эффективных и малозатратных технологий профилактики, лечения и реабилитации заболеваний.

Расширяя самостоятельность и координирующую роль первичного звена здравоохранения, необходимо провести его реструктуризацию с открытием стационарзамещающих и реабилитационных подразделений, приближенных к месту жительства пациента, повысить квалификацию

персонала с учетом внедрения прогрессивных технологий по предоставлению медицинской помощи, увеличить его диагностическую базу.

Планирование объемов медицинской помощи должно осуществляться при активном участии фондодержателей на основе механизма конкурсного распределения объемов медицинской помощи с учетом реальных затрат на ее оказание, показателей качества и доступности, эффективности использования ресурсов.

ВЫВОДЫ

Необходимость реформирования действующих способов оплаты в отечественной системе здравоохранения подтверждается последней четырехлетней практикой реализации системы КСГ заболеваний и подушевого финансирования. Поликлиники стали более заинтересованы в ко-

личестве прикрепленных граждан, а стационары — в оказании медицинской помощи в самых тяжелых ситуациях по «дорогим» КСГ. Поэтому, как показали результаты нашего исследования, одним из способов наиболее эффективного расходования финансовых средств ОМС является коррекция их путем установления показателей результативности, переход на систему оценки конечных результатов работы первичного звена при подушевой оплате с возможностью управления потоками пациентов через фондодержание, а также разработка программ управления хроническими заболеваниями [20].

Результаты исследования предназначены органам здравоохранения РФ для изучения и внесения корректив в действующие нормативно-методические документы с целью совершенствования системы ПМСП помощи и ее оплаты.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Песенникова Е. В., Сайтгареев Р. Р. Опыт организации подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи в России. *Экономика ЛПУ в вопросах и ответах*. URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293659821-by1-19-m05-20-opyt-organizatsii-podushevogo-finansirovaniya> (дата обращения: 18.05.2020).
2. Хальфин Р. А., Столбов А. П., Мадьянова В. В., Качкова О. Е., Бувалин Н. А., Домбровская Е. Н. О необходимости стандартизации критериев оценки деятельности медицинских организаций в условиях национальной пациент-ориентированной системы здравоохранения. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2019;(1–2):3–10. DOI: 10.26347/1607–2502201901–02003–010
3. Обухова О. В., Кадыров Ф. Н. Эффективные способы оплаты медицинской помощи в свете Программы государственных гарантий. *Менеджер здравоохранения*. 2013;(11)6–13.
4. Кузнецов П. П., Исакова Л. Е., Лунская Л. Л., Шейман И. М., Фрид Э. М., Савчук О. П., Байбиков Д. Р., Шуралева С. В. Методы оплаты медицинской помощи и ценообразование в здравоохранении: методологические подходы, отечественный и международный опыт. М.: Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова; 2003. 54 с.
5. Хальфин Р. А., Сырцова Л. Е., Львова Д. П., Кобяцкая Е. Е. Пациент-ориентированный подход: базовые понятия. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2017;(1–2)9–13.
6. Чернышев В. М., Банин С. А., Заиграев А. Л., Лайвин А. Н. Подушевое финансирование в здравоохранении. Отечественный и зарубежный опыт. Методология. Новосибирск: Офсет; 2005. 127 с.
7. Муравьев Д. Н., Хальфин Р. А., Розалиева Ю. Ю. Актуальные аспекты совершенствования методов оплаты первичной медико-санитарной помощи на примере зарубежных стран. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2020;(3–4)46–52. DOI: 10.26347/1607–2502202003–04046–053
8. Хальфин Р. А., Какорина Е. П., Мадьянова В. В., Игнатьева М. В. Оценка эффективности деятельности органов государственной власти в сфере здравоохранения Российской Федерации. М.: ГЕОТАР-Медиа; 2013. 256 с.
9. Warren M. Defining health in the era of value-based care: The six Cs of health and healthcare. *Cureus*. 2017;9(2): e1046. DOI: 10.7759/cureus.1046
10. Дуганов М. Д. Оценка эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях. М.: ИЭПП; 2007. 112 с.
11. Nilsson K., Baathe F., Andersson A. E., Wikstrom E., Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital — a longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1). DOI: 10.1186/s12913–017–2104–8

12. Томпсон С., Фубистер Ф., Моссиалос Э. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения. 2010. 270 с. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf (дата обращения: 18.05.2020).
13. Муравьев Д. Н., Хальфин Р. А. Методические подходы к определению показателей результативной деятельности медицинской организации в системе подушевой оплаты амбулаторно-поликлинической помощи. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2020;(7–8)3–11. DOI: 10.26347/1607-2502202007-08003-011
14. Гехт И. А., Артемьева Г. Б. Когда фондодержание необходимо. *Менеджер здравоохранения*. 2014;(10)47–52.
15. Шевский В. И., Шейман И. М. Система фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации. *Здравоохранение*. 2008;(4)27–43.
16. 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)36–40.
17. Шевский В. И., Шейман И. М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2013;(3):24–47.
18. Halvorson G. C. Health care will not reform itself. Abingdon: Taylor&Francis; 2009. 184 p.
19. Хальфин Р. А., Орлов С. А., Мадьянова В. В., Столбов А. П., Качкова О. Е. Современные подходы к оценке эффективности использования ресурсов здравоохранения (обзор). *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2020;(3–4)3–12. DOI: 10.26347/1607-2502202003-04003-012
20. Оганесян А. А. Реформы здравоохранения Франции как части общественного сектора экономики. М.: Российский университет дружбы народов; 2015. 163 с.

REFERENCES

1. Pesnetnikova E. V., Saitgareev R. R. Experience of the organization of per capita financing of primary health care in Russia. *Ekonomika LPU v voprosakh i otvetakh = Economics of Health Care Facilities in Questions and Answers*. URL: <https://www.zdrav.ru/articles/4293659821-by1-19-m05-20-opyt-organizatsii-podushevo-finansirovaniya> (accessed on 18.05.2020). (In Russ.).
2. Khal'fin R. A., Pillar A. P., Mad'yanova V. V., Kachkova O. E., Buvalin N. A., Dombrovskaya E. N. On the need to standardize the criteria for evaluating the performance of medical organizations in the context of a national patient-oriented health care system. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni = Issues of Standardization in Health Care*. 2019;(1–2):3–10. (In Russ.). DOI: 10.26347/1607-2502201901-02003-010
3. Obukhova O. V., Kadyrov F. N. Effective ways to pay for medical care in the frame of the State Guarantee Program. *Menedzher zdravookhraneniya = Health Manager*. 2013;(11)6–13. (In Russ.).
4. Kuznetsov P. P., Isakova L. E., Lunskeya L. L., Sheiman I. M., Frid E. M., Savchuk O. P., Baibikov D. R., Shuraleva S. V. Methods of payment for medical care and of pricing in health care: Methodological approaches, domestic and international experience. Moscow: I. M. Sechenov First Moscow State Medical University; 2003. 54 p.
5. Khal'fin R. A., Syrtsova L. E., L'vova D. P., Kobyatskaya E. E. Patient-oriented approach: Basic concepts. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni = Issues of Standardization in Health Care*. 2017;(1–2)9–13. (In Russ.).
6. Chernyshev V. M., Banin S. A., Zaigraev A. L., Laivin A. N. Per capita funding in health care. Domestic and foreign experience. Methodology. Novosibirsk: Ofset; 2005. 127 p. (In Russ.).
7. Murav'ev D. N., Khal'fin R. A., Rosalieva Yu. Yu. Current aspects of improving the methods of payment for primary care on the example of foreign countries. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni = Issues of Standardization in Health Care*. 2020;(3–4)46–52. (In Russ.). DOI: 10.26347/1607-2502202003-04046-053
8. Khal'fin R. A., Kakorina E. P., Mad'yanova V. V., Ignat'ieva M. V. Assessment of the performance of public authorities in the health sector of the Russian Federation. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. 256 p. (In Russ.).
9. Warren M. Defining health in the era of value-based care: The six Cs of health and healthcare. *Cureus*. 2017;9(2): e1046. DOI: 10.7759/cureus.1046

10. Duganov M.D. Assessment of the effectiveness of health expenditures at regional and municipal levels. Moscow: IEPP; 2007. 112 p. (In Russ.).
11. Nilsson K., Baathe F., Andersson A.E., Wikstrom E., Sandoff M. Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital — a longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1). DOI: 10.1186/s12913-017-2104-8
12. Thompson S., Fubister F., Mossialos E. Health funding in the European Union. Problems and strategic solutions. European Observatory for Health Systems and Policy. World Health Organization. 2010. 270 p. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/126025/e92469R.pdf (accessed on 18.05.2020). (In Russ.).
13. Murav'ev D.N., Khal'fin R.A. Methodological approaches to determining the indicators of the medical organization's performance in the system of per capita payment of outpatient and polyclinic care. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni = Issues of Standardization in Health Care*. 2020;(7-8)3-11. (In Russ.). DOI: 10.26347/1607-2502202007-08003-011
14. Gecht I.A., Artem'eva G.B. When fund-holding is needed. *Menedzher zdravookhraneniya = Health Manager*. 2014;(10)47-52. (In Russ.).
15. Shevskii V.I., Sheiman I.M. Health care system: Typology, content, conditions of implementation. *Zdravookhranenie = Health Care*. 2008;(4)27-43. (In Russ.).
16. Madyanova V.V., Aresov A.A., Vinokurov V.G., Allenov A.M. Modern state of the provision of paid medical services in the budget institutions of the outpatient and polyclinic network of Moscow. *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni = Issues of Standardization in Health Care*. 2016;(5-6)36-40. (In Russ.).
17. Shevski V.I., Sheiman I.M. Problems of forming an integrated health care system. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya = Public and Municipal Government Issues*. 2013;(3):24-47. (In Russ.).
18. Halvorson G.C. Health care will not reform itself. Abingdon: Taylor&Francis; 2009. 184 p.
19. Khal'fin R.A., Orlov S.A., Mad'yanova V.V., Pillar A.P., Kachkova O.E. Modern approaches to assessing the effectiveness of health care resources (review). *Problemy standartizatsii v zdravookhraneni = Issues of Standardization in Health Care*. 2020;(3-4)3-12. (In Russ.). DOI: 10.26347/1607-2502202003-04003-012
20. Oganessian A.A. Health reforms of France as part of the public sector of the economy. Moscow: Peoples' Friendship University of Russia; 2015. 163 p. (In Russ.).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Ольга Евгеньевна Качкова — кандидат экономических наук, доцент, заместитель руководителя Департамента аудита и корпоративной отчетности, Финансовый университет, Москва, Россия
OEKachkova@fa.ru

Таисия Ивановна Кришталева — доктор экономических наук, профессор, профессор Департамента аудита и корпоративной отчетности, Финансовый университет, Москва, Россия
TIKrishtaleva@fa.ru

ABOUT THE AUTHORS

Ol'ga E. Kachkova — Cand. Sci. (Econ.), Associate Professor, Deputy Head of the Department of Audit and Corporate Reporting, Financial University, Moscow, Russia
OEKachkova@fa.ru

Taisiya I. Krishtaleva — Dr. Sci. (Econ.), Professor, Professor of the Department of Audit and Corporate Reporting, Financial University, Moscow, Russia
TIKrishtaleva@fa.ru

Статья поступила в редакцию 14.10.2020; после рецензирования 21.11.2020; принята к публикации 22.12.2020. Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

The article was submitted on 14.10.2020; revised on 21.11.2020 and accepted for publication on 22.12.2020.

The authors read and approved the final version of the manuscript.