

# **Реформирование методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС**

**Проф. НИУ ВШЭ Шейман И.М.**

**Научно-практическая конференция «Модернизация  
здравоохранения: особенности деятельности ЛПУ в 2011-2012**

**ГГ»**

**1-2 ноября 2011 г.**

# Главные характеристики действующей системы оплаты

- МЗСР и ФОМС предлагает набор методов оплаты (рекомендации 2009 г)
- Каждый регион строит собственную систему
- В оплате АПП доминирует оплата за посещения
- В оплате стационарной помощи:
  - койко-день
  - законченный случай, но его понимание существенно различается
- Федеральный эксперимент 2007-2008 гг.: интересные но немасштабные новации

# Зачем нужна реформа методов оплаты?

Нет сильных стимулов к реструктуризации  
здравоохранения

Нет сильных стимулов к повышению  
качества медицинской помощи (отсюда  
идея оплаты по МЭСам)

# Цели реформы

1. Способствовать повышению качества медицинской помощи и реструктуризации здравоохранения
  - укрепить первичное звено
  - обеспечить перевод части случаев стационарного лечения на амбулаторный этап
  - убрать излишние мощности, где они есть
2. Создать стимулы для расширения объемов помощи в тех случаях, когда в этом есть потребность
3. Обеспечить предсказуемость затрат

# Типология систем оплаты

1. Ретроспективная оплата
2. Предварительная оплата

# Принцип ретроспективной оплаты

- ЛПУ самостоятельно определяет объемы оказываемой помощи
- Финансирующая сторона оплачивает фактические объемы оказанной помощи
- Все финансовые риски, связанные с оплатой медицинской помощи, несет финансирующая сторона

# Принцип предварительной оплаты:

- Финансирующая сторона планирует объемы медицинской помощи в увязке с ожидаемыми финансовыми ресурсами
- Финансирующая сторона согласовывает планируемые объемы медицинской помощи с ЛПУ
- Финансовые риски, связанные с отклонениями плановых и фактических объемов медицинской помощи, делятся между финансирующей стороной и ЛПУ

## Ретроспективные (гонорарные) методы оплаты *амбулаторной помощи:*

- за фактическое количество посещений;
- за фактическое количество простых услуг;
- за фактическое количество *законченных случаев* амбулаторной помощи по тарифам, рассчитанным на основе медико-экономических стандартов.

### *Достоинство:*

позволяют стимулировать объем оказываемых услуг

## ***Недостатки:***

- возможность необоснованного расширения объема услуг, превышающего финансовые ресурсы страховщика
- утрачивается экономическая заинтересованность первичного звена медицинской помощи в улучшении здоровья пациентов
- утрачивается координирующая функция врачей первичного звена — заинтересованность в рациональном выборе места оказания помощи на других этапах, обеспечение преемственности лечения на разных этапах, оценка качества услуг, оказываемых другими медиками.

# *Предварительные методы оплаты амбулаторной помощи*

1. Подушевое финансирование на объём собственной деятельности амбулаторно-поликлинического звена
2. Подушевое финансирование поликлиники на общий объём амбулаторной помощи: если не можешь сам оказать амбулаторную услугу, купи ее за свои деньги
3. Подушевое финансирование поликлиники на общий объём медицинской помощи: поликлиника за свои деньги приобретает стационарную помощь (метод фондодержания)

# Достоинства подушевого финансирования:

- Заинтересованность в здоровом контингенте населения
- Больше внимания профилактике
- Ориентирует на выполнение функции координации помощи на других этапах
- Предсказуемость затрат

# Недостатки подушевого финансирования:

- Риск неоказания услуг
- Первичное звено несет высокие финансовые риски, особенно при фондодержании

# Оплата АПП: предлагаемые варианты

- 1) Подушевой с элементами фондодержания (как минимум, на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу)
- 2) Подушевой на собственную деятельность плюс поощрение за достижение показателей деятельности

## **Условия реализации системы фондодержания:**

- Крупные практики или поликлиники как фондодержатели
- Страховщики делят финансовые риски с первичным звеном
- Наличие хорошо развитой системы учета объемов услуг на всех этапах

## **Риски фондодержания:**

- 1) Участковый врач не будет направлять
- 2) Слишком много экономики

# Как управлять этими рисками?

- Фондодержание на небольшую часть внешних услуг
- Страховщик несет часть финансовых рисков
- Страховщик контролирует обоснованность направлений
- Система показателей качества и результатов деятельности поликлиники

# Система поощрения первичного звена

3 группы показателей:

- текущей деятельности
- конечных результатов
- вклада в реструктуризацию

# Показатели деятельности-1

- Определяются самим регионами
- Устанавливаются целевые значения по каждому показателю
- Не очень детальные ( В Англии – 225?)
- Возможно два списка показателей – для поощрения и для мониторинга
- Сочетание годовых, квартальных и месячных показателей

# Показатели деятельности-2

- Платить не только за достижение целевых показателей, но и за приближение к ним
- Общие показатели сочетать с индивидуальными (пример Малоярославецкого района Калужской обл)

# Модель оценки деятельности первичного звена:

- Набор показателей оценки
- Плановый норматив показателя оценки
- Значение или «вес» показателя деятельности в общей системе оценки
- Оценка отклонения фактического показателя от планового – шкала в баллах
- Правило формирования комплексного показателя оценки – *коэффициента достижения результата*
- Правило выплаты бонусов

# Фондодержание: первые результаты в 6 регионах

- Расширение функций первичного звена
- Создание при поликлиниках неотложной помощи
- Сокращение объемов стационарной помощи и СМП – но разное по регионам
- Поликлиника-фондодержатель пока слабо влияет на объемы госпитализации:
  - подорвана система направлений
  - много не умеют делать сами
  - слабо выражено планирование стационарной помощи

***Нужна отработка метода в увязке с реформой организации ПМСП***

## *Оплата стационарной помощи*

## **Ретроспективные методы оплаты стационарной помощи**

1) За фактическое количество койко-дней

2) За фактическое количество *законченных случаев – нормированной стоимости лечения*

## Предварительные методы оплаты стационарной помощи:

- Балльная система при оплате за фактические объемы помощи
- На основе *согласованных* объемов помощи – с использованием разных единиц учета (метод глобального бюджета)

# Метод оплаты на основе согласованных объемов стационарной помощи (метод глобального бюджета)

- размер оплаты определяется соглашением финансирующей стороны и больницей **до** момента оказания помощи
- обязательства финансирующей стороны ограничиваются определенным периодом времени
- больница сохраняет часть экономии, возникающей в результате оптимизации структуры помощи
- устанавливаются возможные отклонения фактических объемов от плановых
- объемы, выходящие за рамки допустимых отклонений, оплачиваются по более низким ставкам

# Метод глобального бюджета

Не сводится к установлению финансового  
лимита

Планирование и согласование объемов

Более сложная форма договоров

# Сочетание предварительных и ретроспективных методов

В зависимости от приоритетов и ситуации нажимать на тормоз или на акселератор

# **Риски, связанные с использованием МЭСа как единицы оплаты:**

- Трудно планировать объемы медицинской помощи по детальным нозологиям.
- Усилится давление врачей в отношении увеличения числа детальных МЭСов – с учетом многообразия клинических ситуаций.
  - Будет больше «дорогих» МЭСов, система станет более затратной.
- Врачи каждую услугу, выходящую за рамки МЭСов, будут рассматривать как дополнительную, за которую можно требовать деньги с пациентов.
  - Опыт Кемеровской области это продемонстрировал.
- Тарифы за лечение пациентов в одном и том же отделении больницы могут оказаться настолько разными, что врач начнет думать, кого лечить в первую очередь.
  - Уйдя от уравниловки, мы можем прийти к чрезмерной «экономизации» мышления врача.
- Чрезмерно жесткая увязка оплата медицинской помощи с выполнением стандартов в ситуации неполной готовности регионов к их обеспечению может оказаться фактором противодействия регионов их распространению.

# **Риски, связанные с использованием метода оплаты амбулаторной помощи на основе МЭС**

- Искаженная мотивация врачей ПМСП: иметь больше больных людей. Не будут заниматься «хрониками».
- Многие виды очень важных работ врача ПМСП останутся не учтенными в МЭС:
  - проактивные действия врачей, обеспечение преемственности ведения пациента, организация помощи на других этапах и т.д..
- Высокий тариф на профилактику не решит проблему недостаточной ответственности за здоровье постоянно обслуживаемого населения.

# Альтернатива использованию МЭС как единицы оплаты

- **Для стационарной помощи:**
  - переход к укрупненной единице оплаты – по однородным клинико-статистическим группам заболеваний с примерно одинаковой стоимостью лечения (принцип КСГ);
  - включить понятие КСГ в закон «Об основах»;
  - внедрять стандарты без увязки размеров оплаты труда с оплатой каждого случая (при сохранении действующей системы медицинской экспертизы)
- **Для амбулаторной помощи:**
  - переход на подушевой принцип финансирования ПМСП с элементами фондодержания, который может быть дополнен в пределах 20-25% оплатой в зависимости от достижения ЛПУ установленных целевых показателей

# **Выводы**

**1. Нет идеального метода оплаты, поэтому важно найти оптимальное их сочетание, соответствующее целям и приоритетами политики здравоохранения.**

**2 В процессе перехода от сметного принципа финансирования к оплате результатов оказания медицинской помощи неизбежен этап доминирования ретроспективных методов оплаты. Но этот этап не должен быть слишком длинным. Нужен переход к предварительным методам**

**3. Первый опыт использования предварительных методов дал позитивные результаты. Необходимо расширение их использования в масштабах страны**