



Программа ВОЗ/СІДА
"Политика и управление
в области здравоохранения в РФ"

Независимый институт
социальной политики



Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России в 2005 году. Общая характеристика

Авторский коллектив:

С.В. Шишкин – руководитель

Г.Е. Бесстремянная

В.А. Чернец

Москва, 2006

Содержание

СОДЕРЖАНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	4
1. ТЕРРИТОРИАЛЬНОЕ НЕРАВЕНСТВО В ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ ПРАВ ГРАЖДАН НА ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	4
2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	5
2.1. Роль системы ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ	5
2.2. Поступления в территориальные фонды ОМС на обязательное медицинское страхование граждан	7
2.3. Страховые медицинские организации в системе ОМС	8
2.4. Виды медицинских учреждений, финансируемых системой ОМС	11
2.5. Методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС	12
3. МЕХАНИЗМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫМИ СИСТЕМАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	17
3.1. Механизмы согласования политики региональных органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС	17
3.2. Механизмы согласования региональной и муниципальной политики	19
3.3. Применение информационных технологий в управлении здравоохранением	21
3.4. Механизмы регулирования лекарственного обеспечения	22
3.5. Регулирование оказания платных медицинских услуг	24
4. ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	25
5. НОВЫЕ ФОРМЫ УПРАВЛЕНИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЯ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВНЕДРЕННЫЕ В СУБЪЕКТАХ РФ	25
5.1. Новые формы взаимодействия между региональным органом управления здравоохранения, органами местного самоуправления и муниципальными органами управления здравоохранением	25
5.2. Нововведения в организации финансирования здравоохранения	27
5.3. Новые формы оплаты труда	32
6. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ ЛПУ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О РАЗГРАНИЧЕНИИ ПОЛНОМОЧИЙ МЕЖДУ УРОВНЯМИ ВЛАСТИ	33
6.1. Направления реструктуризации	33
6.2. Специализированные ЛПУ и структурные подразделения в составе многопрофильных ЛПУ, переданные в 2005 году из муниципальной собственности в собственность субъекта Российской Федерации	34
6.3. ЛПУ для обеспечения скорой помощи, переданные в 2005 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность	36
6.4. ЛПУ для обеспечения первичной медико-санитарной, переданные в 2005 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность	36
6.5. Реструктуризация многопрофильных ЛПУ	37
7. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ПОЛУЧАЮЩИХ ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА	37
7.1. Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную поддержку из федерального бюджета	37
7.2. Практика формирования заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2005 году	38
7.3. Практика удовлетворения территориальным фондом обязательного медицинского страхования заявок лечебно-профилактических учреждений на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2005 году	39
8. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ПОЛУЧАЮЩИХ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	40

8.1. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ПОЛУЧАЮЩИХ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РФ	40
8.2. ЗАКУПКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ СУБЪЕКТА РФ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РФ	40
8.3. ОПЛАТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ СУБЪЕКТА РФ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РФ В 2005 ГОДУ	41
8.4. ПРАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАЯВОК ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ НА ЛЕКАРСТВА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ СУБЪЕКТА РФ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РФ В 2005 ГОДУ	41
9. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ	42

Используемые сокращения:

КСГ - клинико-статистическая группа;

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение;

МОУЗ – муниципальный орган управления здравоохранением;

МЭС – медико-экономический стандарт;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

РОУЗ – региональный орган управления здравоохранением;

РФ – Российская Федерация;

СРФ – субъект Российской Федерации;

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Введение

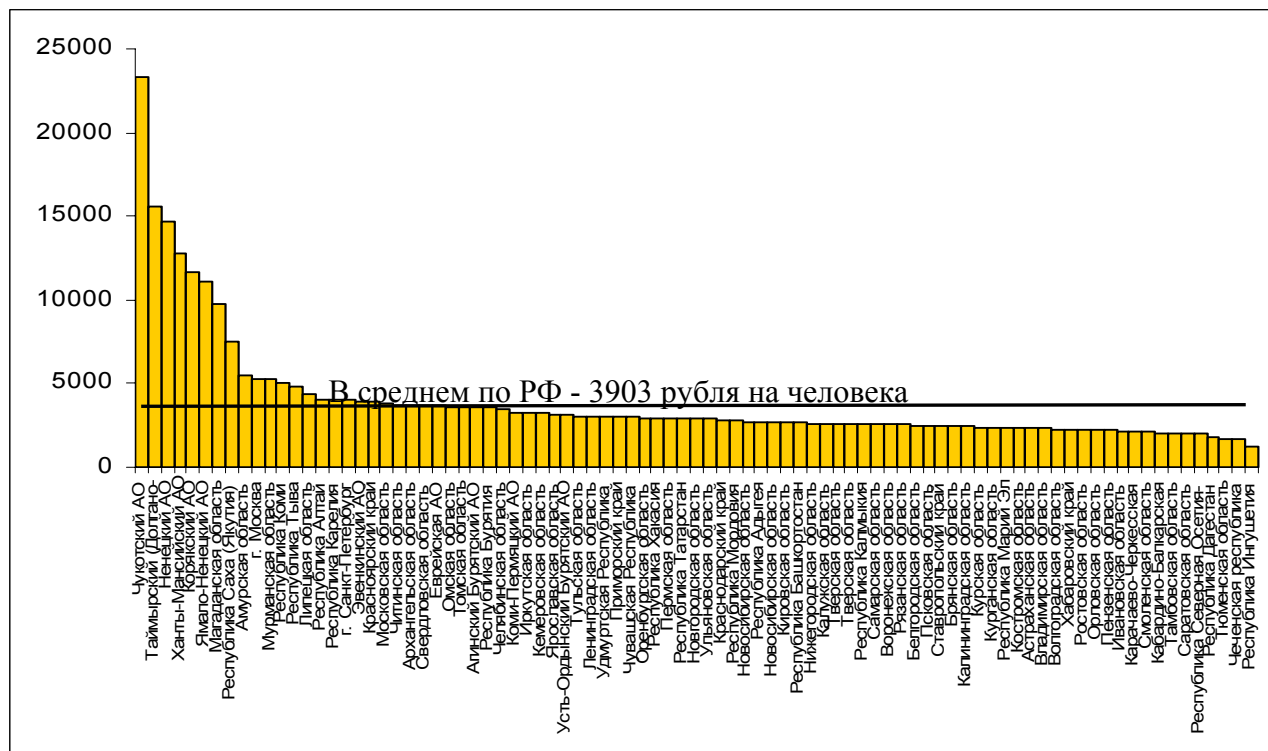
В 2005 году в организации финансирования и управления здравоохранением в России на региональном уровне происходили повсеместные изменения. Ниже представлены результаты анализа этих изменений и общая характеристика существующих различий в механизмах финансирования и управления здравоохранением на региональном уровне. Анализ выполнен на основе информации, содержащейся в базе данных «Реализация реформы здравоохранения в субъектах Российской Федерации». Источником информации послужили заполненные органами управления здравоохранением субъектов РФ и территориальными фондами обязательного медицинского страхования информационные справки, специально разработанные для целей создания базы данных.

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

Размеры государственного финансирования (бюджетные ассигнования и средства системы ОМС) территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека увеличились в 2005 году в сравнении с 2004 годом: с 2935 руб. до 3903 руб., или на 11,2% в реальном выражении, с учетом инфляции. Сохраняется существенное неравенство субъектов РФ по значению этого показателя: в Чукотском, Таймырском, Ненецком, Ханты-Мансийском автономном округах эти величины (с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги) в 2005 году в 4-5 раз превышали уровень расходов в Республиках Северного Кавказа. В целом распределение субъектов РФ по значению этого показателя очень неравномерно: лишь примерно в четвертой части регионов он выше среднего уровня.

Рисунок 1.

Размеры государственного финансирования территориальных программ госгарантий в субъектах РФ в 2005 году, руб. на чел.

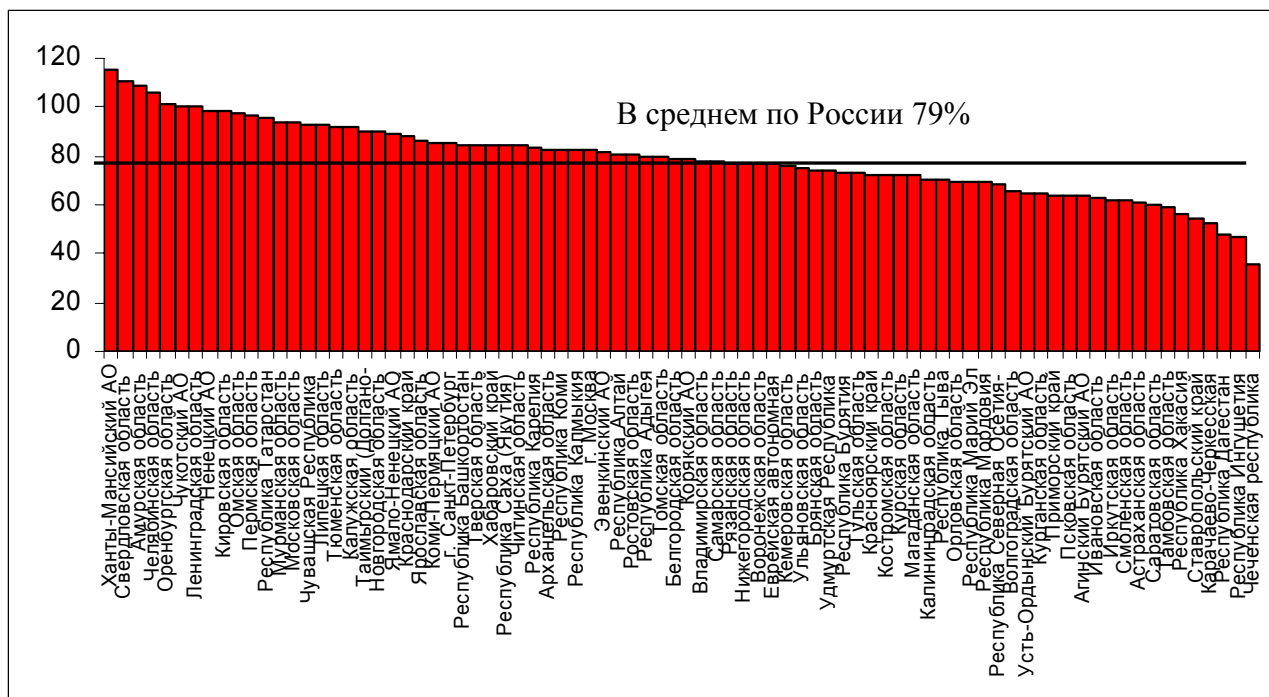


Источник: данные из 87 субъектов РФ.

Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению (то есть отношение размеров финансирования этих программ к рассчитанной величине их стоимости¹) составил в среднем по регионам 79%, причем этот показатель даже несколько сократился по сравнению с 2004 годом (82%). Только в 7 субъектах РФ он достигал в 2005 году 100% и более (в 2004 году – 9). Дифференциация уровня финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий остается весьма высокой (см. рис. 2).

Рисунок 2.

Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению в 2005 году, %



Источник: данные из 82 субъектов РФ.

2. Организация обязательного медицинского страхования

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

В последние несколько лет федеральные органы предпринимали некоторые усилия, направленные на определенную унификацию механизмов финансирования медицинских учреждений. Это участие Пенсионного фонда с 2003 года в софинансировании оказания медицинской помощи неработающим пенсионерам при условии использования единых

¹ 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»).

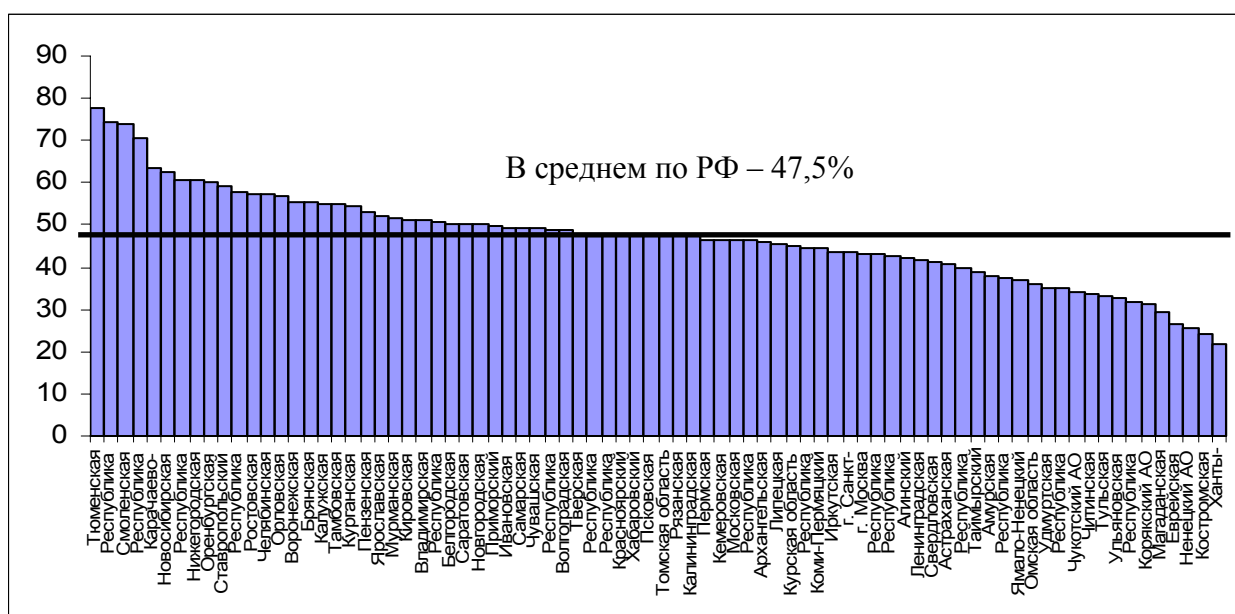
методов финансирования медицинских учреждений; это принятие нового законодательства о разграничении полномочий, предусматривающего с 2005 года централизацию на региональном уровне взносов на обязательное медицинское страхование (ОМС) неработающего населения, и понуждение губернаторов перечислять эти взносы в полном объеме в территориальные фонды ОМС и допустить страховые медицинские организации к участию в ОМС.

Доля средств ОМС в финансировании территориальных программ государственных гарантий, составлявшая в 2004 г. 48%, несколько снизилась в 2005 году - до 47%. Значение этого показателя для разных субъектов РФ варьирует от 22% (Ханты-Мансийский автономный округ) до 77% (Тюменская область) (см. рис. 3).

Среди изменений, произошедших в 2005 году, особенно следует отметить сокращение доли средств, аккумулируемых в системе ОМС в Самарской области. Долгое время этот регион был единственным в стране, где в полном объеме была реализована модель ОМС, предусмотренная законом о медицинском страховании. Более того, в Самарской области в ОМС была также включена и скорая медицинская помощь. Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения составляла в 2004 году 94%; а в 2005 году она уменьшилась почти вдвое – до 49%. Региональная администрация перестала перечислять в фонд ОМС средства, предназначенные для финансирования расходов на содержание зданий медицинских учреждений. В результате этого решения в Самарской области была разрушена одноканальная система финансирования ЛПУ и воспроизведена двухканальная система финансирования, существующая почти во всех других субъектах РФ. Лидером в движении к одноканальной системе финансирования теперь выступает Тюменская область.

Рисунок 3.

Доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ в 2005 году, %



Источник: данные из 80 субъектов РФ.

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

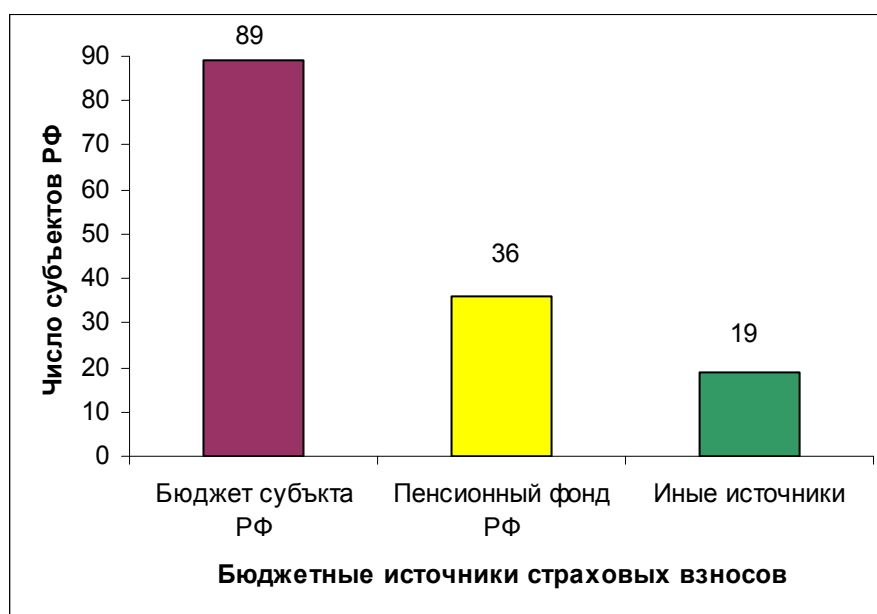
Медицинское страхование работающего населения осуществляется за счет налоговых поступлений: единого социального налога, единого налога, взимаемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, единого налога на вмененный доход, единого сельскохозяйственного налога. С 1 января 2005 году базовая ставка единого социального налога была уменьшена, в том числе в части, зачисляемой в фонды ОМС, с 3,6% до 2,8 %. При этом ставка налога, зачисляемого в Федеральный фонд увеличена с 0,2 % до 0,8%, а ставка налога, зачисляемого в территориальные фонды снижена с 3,4 % до 2,0 %. Поступления средств на ОМС работающего населения составили в 2005 году 108,0 млрд. руб.

В соответствии с новым законодательством о разграничении полномочий функции организации ОМС неработающих граждан были переданы с 2005 года в компетенцию органов государственной власти субъектов РФ ФЗ (ранее страхователями неработающего населения могли выступать органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления). Соответственно взносы на страхование неработающего населения теперь во всех субъектах РФ производились из региональных бюджетов. В 2005 году они составили 76,7 млрд. руб.

В 2005 году был продолжен эксперимент по участию Пенсионного Фонда Российской Федерации в финансировании дополнительных расходов на осуществление дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров в пилотных регионах. Пенсионный фонд декларировал намерение расширить в 2005 году число таких регионов с 34 (2004 г.) до 55, но фактически лишь 36 субъектов РФ сообщили о получении дополнительного финансирования, причем его общий объем уменьшился с 6,5 млрд. руб., до 4,58 млрд. рублей. С 2006 года эксперимент прекращен, и софинансирование ОМС неработающего населения осуществляется за счет средств федерального бюджета.

Рисунок 4.

Бюджетные источники страховых взносов на ОМС неработающего населения в 2005 году



Источник: данные из 89 субъектов РФ.

2.3. Страховые медицинские организации в системе ОМС

В 2005 году несколько уменьшились различия между регионами в организационной структуре системы ОМС за счет силового устранения федеральным центром административных барьеров для деятельности страховых медицинских организаций и экспансии в регионы преимущественно московских страховых компаний. Если в 2004 году в 21 регионе функции страховщиков выполняли лишь сами территориальные фонды ОМС и их филиалы, то в прошедшем году в 13 из этих регионов начали действовать страховые медицинские организации, причем в пять регионов вошла компания «МАКС-М», в три – «РОСНО-МС», в два региона – Газпроммедстрах и еще в два – «Спасские ворота». В итоге теперь в 45 регионах (в 2004 году – в 44) функции страховщиков выполняют исключительно страховые медицинские организации, в 36 субъектах РФ (в 2004 году - в 24) в этой роли действуют страховые медицинские организации и филиалы территориального фонда ОМС, и лишь в 8 регионах - только сами территориальные фонды ОМС и их филиалы. Впервые с 2000 года наблюдался рост общего числа страховых медицинских организаций, в 2005 году их стало 393 (в 2004 году – 344).

Организационные правовые формы страховых медицинских организаций

Страховщики - негосударственные коммерческие организации - действуют во всех 79 регионах, в которых имеются страховые медицинские организации. В 8 регионах по-прежнему работают страховые медицинские организации, являющиеся государственными унитарными предприятиями (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) В 2004 году в составе страховых медицинских организаций было одно государственное учреждение («Агинск-Медстрах» в Агинско-Бурятском автономном округе) и одна негосударственная некоммерческая организация (фонд «Страховая медицинская организация Тульская областная больничная касса»). Первая была ликвидирована к началу 2005 г., вторая с сентября 2005 г. была преобразована в общество с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская организация «Тульская областная больничная касса». Таким образом, структура страховых медицинских организаций по организационно-правовым формам стала более однородной.

Таблица 1.

Распределение страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, по организационным правовым формам в 2004-2005 гг.

	Государственные учреждения		Государственные унитарные предприятия		Негосударственные коммерческие организации		Негосударственные некоммерческие организации	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Количество страховых медицинских организаций	1	0	17	17	329	375	1	0
Количество регионов	1	0	9	9	67	79	1	0

Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Нормативы финансирования страховых медицинских организаций территориальными фондами ОМС

В 2005 году произошло заметное развитие практики дифференциации нормативов финансирования страховых медицинских организаций (рис.9). В 50 субъектах РФ эти нормативы дифференцируются по возрасту застрахованных (в 2004 г. – в 42 регионах), в 45 – по полу (2004 г. – 42), в 26 – по месту жительства (в 2004 г. – 21). В 14 регионах используются и иные методы дифференциации нормативов, главным образом посредством учета фактических расходов страховщиков за предыдущий период.

Рисунок 9.

Дифференциация нормативов финансирования страховых медицинских организаций из территориального фонда ОМС в 2005 году²



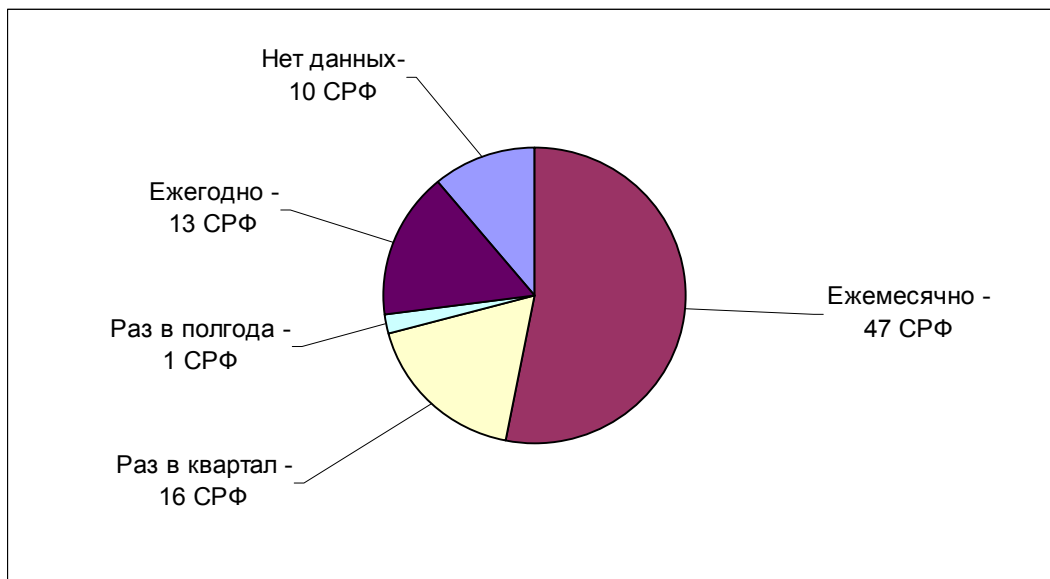
Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Но величины нормативов финансирования страховых медицинских организаций достаточно часто пересматриваются территориальными фондами ОМС (рис. 10), причем в 2005 году это стало происходить чаще, чем в 2004 г.: в 47 регионах – ежемесячно (2004 г. – 36), в 16 регионах - раз в квартал (2004г. – 13). Таким образом, финансовые условия деятельности страховщиков в системе ОМС по-прежнему характеризуются нестабильностью.

² Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям.

Рисунок 10.

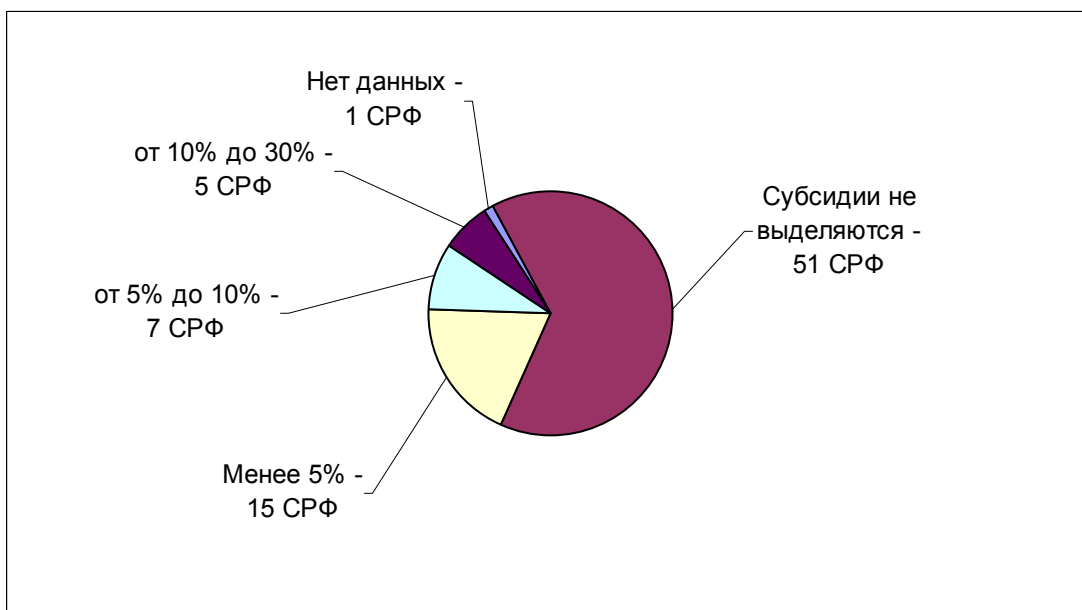
Частота пересмотра нормативов финансирования страховых медицинских организаций территориальными фондами ОМС в 2005 году



Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Рисунок 11.

Доля субсидий страховщикам из ТФОМС, выделяемых помимо финансирования по нормативам, в общем объеме финансового обеспечения страховщиков в 2005 году



Источник: данные из 79 субъектов РФ, где действуют СМО.

В большинстве регионов (в 51 из 79, 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 27 регионах имеется также практика выделения им субсидий (в 2004 г. – в 20 регионах). В 15 регионах субсидии играют незначительную роль – они составляют менее 5% в общем объеме финансового обеспечения страховщиков. В регионах они достигают 5-10%, а в 5 регионах (в

Волгоградской Калининградской, Орловской, Сахалинской областях и в Ханты-Мансийском автономном округе) эти субсидии весьма ощутимы – они составляют 10-30% общего объема финансирования страховщиков (см. рис. 11).

2.4. Виды медицинских учреждений, финансируемых системой ОМС

Перечень видов медицинских учреждений, финансируемых из средств ОМС, неодинаков для регионов страны (см. табл. 3). В 6 субъектах РФ (в Агинском Бурятском и в Корякском автономном округах, Таймырском, Усть-Ордынском, Чукотском и Эвенкийском автономном округах) из средств ОМС финансируются только больничные учреждения несмотря на то, что там имеются самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения. В 78 регионах и в г. Байконур из средств ОМС финансируются как стационарные, так и амбулаторно-поликлинические учреждения. Зато в 4 регионах (в Еврейской автономной области, Новгородской области, Республике Мордовия, Тюменской 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. В 2004 году к этой группе регионов относилась и Самарская область, но с 2005 года оплата скорой медицинской помощи из средств ОМС была прекращена.

Таблица 3.

Типы государственных (муниципальных) учреждений, услуги которых оплачивались за счет средств ОМС в 2005 году

Число субъектов РФ, где:	Тип государственного (муниципального) учреждения здравоохранения																	
	Больницы						Диспансеры						Самостоятельные поликлиники	Станции скорой и неотложной медицинской помощи	Родильные дома	Прочие учреждения охраны материнства и детства	Амбулатории	Фельдшерско-акушерские пункты
	Участковые	Районные	Городские, в т.ч. детские	Центральные (районные, городские)	Областные	Специализированные	Кардиологические	Кожно-венерологические	Наркологические	Онкологические	Противотуберкулезные	Психоневрологические						
услуги учреждений оплачивались за счет средств ОМС	65	69	80	85	84	55	25	66	3	69	10	5	82	5	73	26	60	3
услуги учреждений не оплачивались за счет средств ОМС	25	21	9	5	5	34	64	24	87	21	79	84	7	84	16	63	29	86

Источник: данные из 89 субъектов РФ.

2.5. Методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС

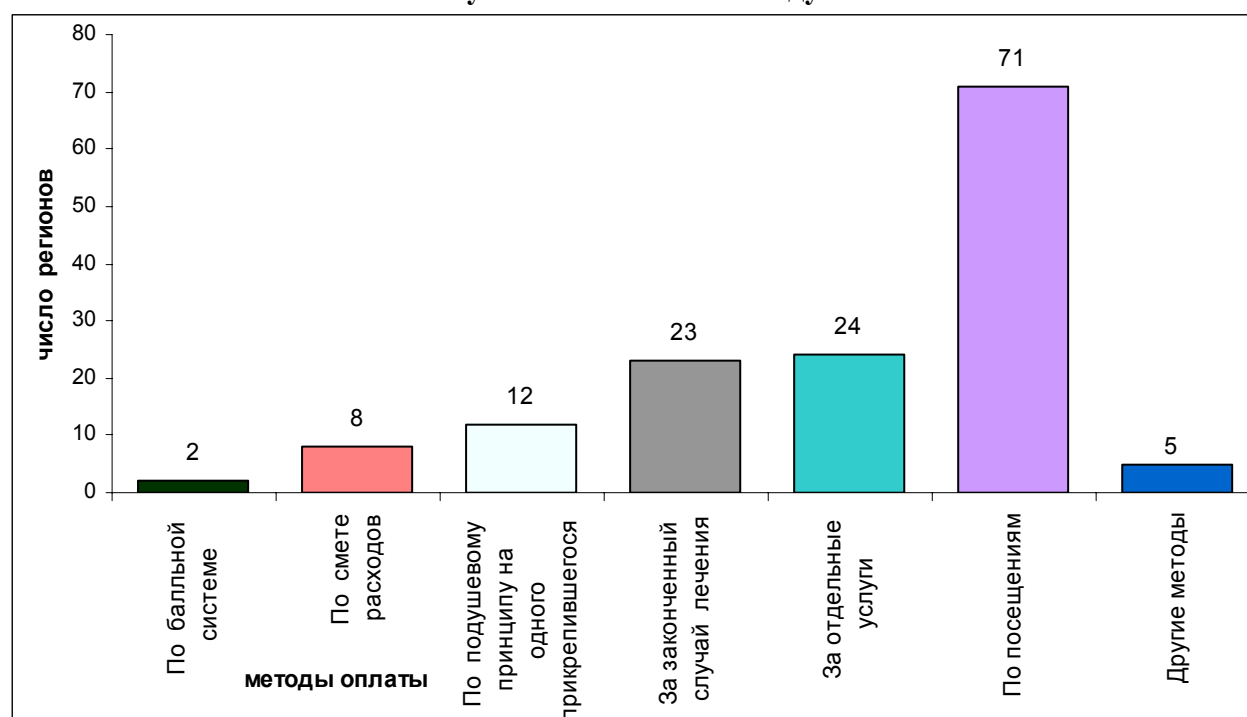
Финансирование медицинских организаций в территориальных системах ОМС производится по разным правилам. В регионах применяются³:

- 6 основных методов оплаты амбулаторной помощи (по смете расходов, по посещениям, по балльной системе, за отдельные услуги, за законченный случай лечения, по подушевому принципу на одного прикрепившегося);
- 5 основных 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).

В целом ряде регионов одновременно используется несколько методов оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, но число таких регионов в 2005 г. сократилось, практики применения методов оплаты стали более однородными в рамках регионов.

Рисунок 12.

Распространенность методов оплаты амбулаторной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2005 году*



* В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты
Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Среди методов оплаты амбулаторной помощи (см. рис. 12) преобладает оплата по посещениям. Внедрение именно этого метода было условием участия в эксперименте по со-

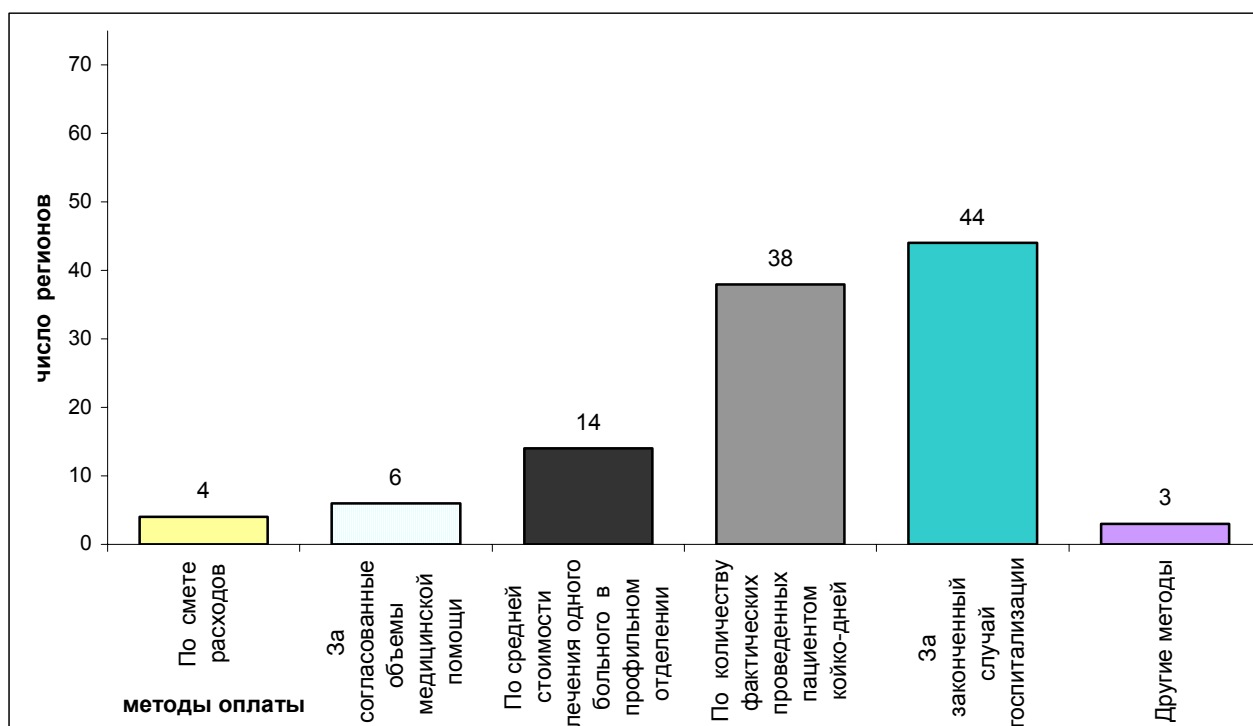
³Приводимые ниже названия методов оплаты медицинской помощи сформулированы в соответствии с Методическими рекомендациями по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, утвержденными Федеральным фондом ОМС 18 октября 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.

финансированию ОМС пенсионеров из средств Пенсионного фонда. В 2005 году в этот эксперимент были включены 36 регионов, но указанный метод применяли еще 35 субъектов РФ. Между тем оплата амбулаторной помощи за количество посещений поощряет 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 используется в нашей стране лишь в 12 регионах (17 в 2004).

Среди методов оплаты стационарной помощи (см. рис. 13) чаще всего применяется оплата за законченный случай госпитализации (в 44 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 используется лишь в 6 регионах (в Республике Башкортостан, Кемеровской области, Корякском автономном округе, Самарской области, Таймырском автономном округе, Тульской области). Обращает на себя внимание, что в достаточно большом количестве регионов (в 38) применяется метод оплаты по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней. Он ориентирует стационары на поддержание максимального числа коек, рост госпитализаций и длительности лечения.

Рисунок 13.

Распространенность методов оплаты стационарной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2005 году*



* В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты.
Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Следует также отметить, что в 8 субъектах РФ средства ОМС используются для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи методом финансирования ЛПУ по смете расходов, а в 4 регионах этот метод применяется для оплаты стационарной помощи. Таким образом, система ОМС до сих пор повсеместно не заменила сметное финансирование ЛПУ, ориентирующее 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 2005 году получила заметное развитие практика разработки медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, выделения клинико-статистических групп заболеваний и использования этого инструментария при расчете тарифов в системе ОМС. Число субъектов РФ, применяющих эту методологию, увеличилось с 27 до 32. Можно выделить 7 субъектов РФ с развитыми системами КСГ (более 270 КСГ): Брянская область, Республика Коми, Воронежская область, Калужская область, Приморский край, Республика Татарстан, Самарская область).

В 16 субъектах РФ созданы развитые системы стандартов (более 500 разработанных стандартов): в Алтайском крае, Белгородской области, Кабардино-Балкарской Республике, Калининградской области, Кемеровской области, Красноярском крае, Курганской области, Курской области, г. Москве, Новосибирской области, Республике Башкортостан, Свердловской области, Таймырском автономном округе, Удмуртской Республике, Ханты-Мансийском автономном округе, Чукотском автономном округе.

В 4 регионах: Волгоградской области, Пензенской области, Чувашской Республике, Эвенкийском автономном округе, имеются системы стандартов (100-500 стандартов) и/или КСГ (100-200 КСГ).

В 5 субъектах РФ: Агинском Бурятском автономном округе, Корякском автономном округе, Липецкой области, Усть-Ордынском Бурятском автономном округе, Хабаровском крае, имеются разработанные стандарты, но их немного (менее 100 КСГ, стандартов).

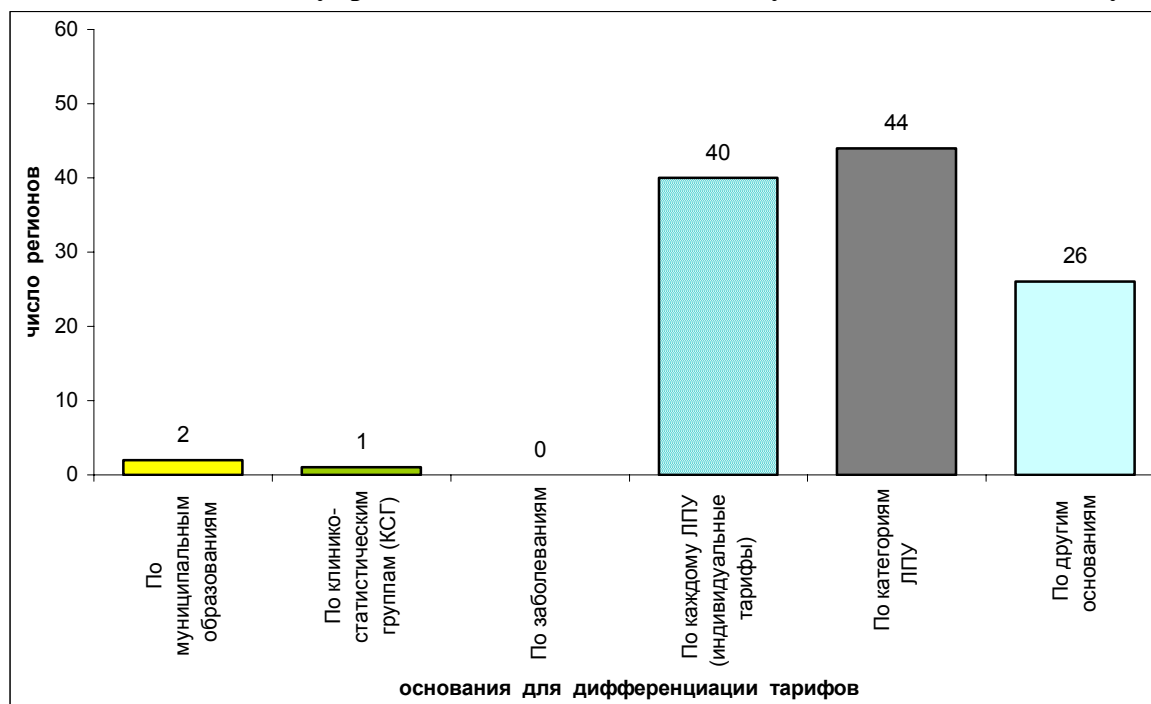
В 57 регионах стандарты при расчете тарифов пока не используются.

Дифференциация тарифов на медицинские услуги в территориальных системах ОМС осуществляется по разным основаниям. В наибольшей мере отвечающие требованиям эффективности методы дифференциации тарифов по случаям заболеваний и по клинико-статистическим группам использовались в очень небольшом числе регионов. Только один ТФОМС – в Республике Дагестан указал, что устанавливает тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по клинико-статистическим группам. В случае стационарной помощи этот метод использовался в 6 регионах: в Брянской, Воронежской, Калужской, Самарской областях, Ставропольском крае, Таймырском автономном округе. Еще в 8 регионах применялась дифференциация по заболеваниям тарифов на оплату стационарной помощи: в Алтайском крае, Москве, Московской и Орловской областях, Республике Марий-Эл, Свердловской, Удмуртская Республике, Чувашская Республике. Превалируют же более простые и менее эффективные способы дифференциации: по категориям ЛПУ, по каждому ЛПУ и по профилям отделений стационаров (см. рис. 14, 15). Показательно, что в 26 регионах тарифы на оплату стационарной помощи устанавливаются индивидуально для каждого ЛПУ.

В целом существующая практика дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС содействует закреплению сложившейся структуры объемов медицинской помощи, оказываемой в каждом отдельно взятом медицинском учреждении, и соответственно препятствует решению задач реструктуризации территориальных систем здравоохранения, которая необходима для повышения их эффективности.

Рисунок 14.

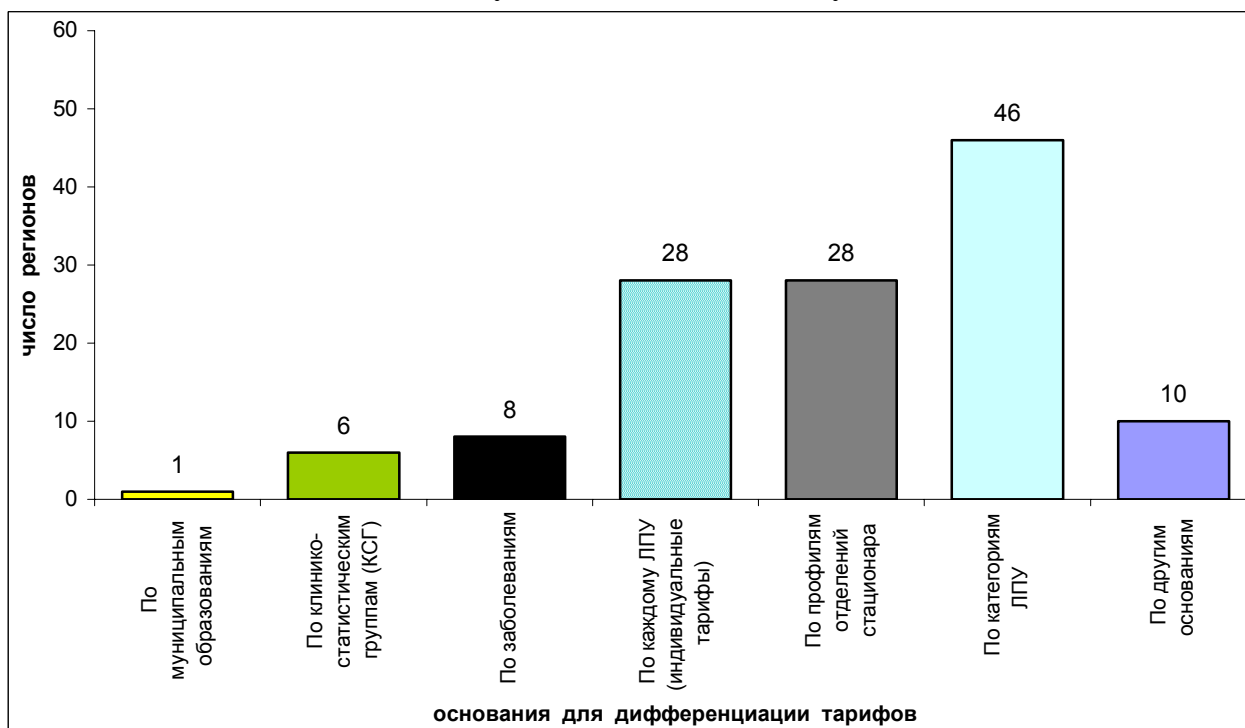
Дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС в субъектах РФ в 2005 году*



* Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям.
Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Рисунок 15.

Дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи стационаров в системе ОМС в субъектах РФ в 2005 году*



* Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям.
Источник: данные из 89 субъектов РФ.

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. Практически во всех субъектах РФ, из средств ОМС возмещаются затраты на оплату труда (за исключением Чеченской республики), и на увеличение стоимости материальных запасов, то есть медикаментов, мягкого инвентаря, продуктов питания и др. (за исключением Республики Алтай). В подавляющем большинстве регионов (в 79) средства ОМС использовались для увеличения стоимости основных средств (приобретение нового оборудования и др.). В небольшом числе регионов средства ОМС тратились на оплату транспортных и коммунальных услуг, а также на увеличение стоимости нематериальных активов (приобретение программного обеспечения и баз данных и т.п.), и примерно в половине регионов (45) – на оплату прочих услуг.

Таблица 4.

Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС в 2005 году

Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС	Код бюджетной классификации⁴	Число субъектов РФ
Оплата труда и начисления на оплату труда	210	88
Услуги связи, транспортные услуги ⁵	221,222	8
Коммунальные услуги	223	3
Приобретение прочих услуг ⁶	224,225,226	45
Увеличение стоимости основных средств ⁷	310	79
Увеличение стоимости нематериальных активов ⁸	320	7
Увеличение стоимости материальных запасов ⁹	340	87

Источник: данные из 89 субъектов РФ.

⁴ Согласно экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации, утвержденной приказом Минфина России от 10.12.2004 № 114н.

⁵ Расходы ЛПУ по найму транспортных средств для доставки медикаментов, перевязочных средств, продуктов питания, денежной наличности, для иных хозяйственных нужд.

⁶ Расходы ЛПУ на содержание в чистоте помещений (дезинфекция, дезинсекция, дератизация); техническое обслуживание, текущий ремонт инвентаря, машин, медицинского оборудования, оргтехники; на услуги по стирке белья, постельных принадлежностей и т.п.; на оплату анализов, проводимых в других учреждениях.

⁷ Расходы ЛПУ на приобретение оборудования, капитальный ремонт

⁸ Расходы ЛПУ на приобретение программного обеспечения, баз данных и др.

⁹ Расходы ЛПУ на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря, продуктов питания и др.

3. Механизмы государственного управления региональными системами здравоохранения

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

В качестве механизмов согласования политики региональных органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС используются три основных механизма: вхождение руководителей РОУЗ в состав правления ТФОМС, участие РОУЗ в разработке концептуальных и нормативных документов ТФОМС, контроль его деятельности.

Первые руководители РОУЗ входят в состав правлений ТФОМС в 89 регионах. Только Эвенкийский АО отличается от других субъектов РФ по этой характеристике. В то же время в этом субъекте РФ в состав правления ТФОМС входит представитель РОУЗ, не являющийся его первым руководителем. Практика вхождения в состав правления ТФОМС наряду с первым руководителем и другого представителя РОУЗ, имеется в 13 регионах (в 2004 году – только в трех).

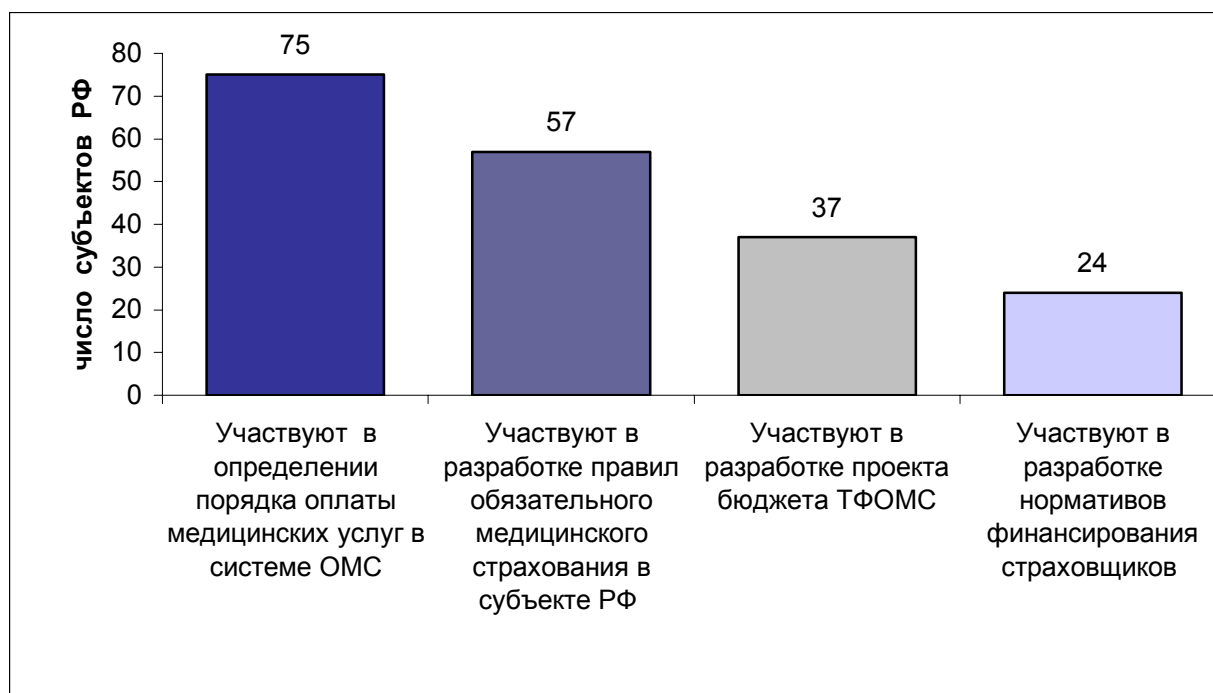
Степень участия РОУЗ в формировании политики ТФОМС неодинакова в различных регионах. Как правило, она выше там, где руководитель РОУЗ одновременно является председателем правления ТФОМС. Такая практика существует лишь в 24 регионах (в 2004 году – в 25).

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. Почти во всех субъектах РФ РОУЗ участвует в разработке территориальной программы ОМС, в определении порядка оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Большинство РОУЗ принимает участие в разработке правил обязательного медицинского страхования в субъекте РФ (см. рис. 16). 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. Такая же ситуация имела место и в 2004 году.

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 53 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 74 регионах (в 2004 году – в 66), 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 (как и в 2004 году). Регулярное участие РОУЗ в контроле за квартальными и/или месячными отчетами встречается сравнительно редко. Эта практика зафиксирована лишь в 21 регионе (в 2004 году – в 24-х).

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



Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Наибольшая степень развитости механизмов согласования политики регионального органа управления здравоохранением и территориального фонда ОМС по вышеперечисленным индикаторам отмечена в следующих регионах: Самарской области, Саратовской области, Чувашской Республике, Курганской области, Новгородской области и Хабаровском крае.

В некоторых регионах используются и другие механизмы согласования политики регионального органа управления здравоохранением и территориального фонда. Так в Архангельской области отчет об исполнении бюджета ТФОМС два раза в год заслушивается на заседаниях правления ТФОМС с участием представителей РОУЗ. В Нижегородской области РОУЗ проводятся расширенные совещания главных врачей ЛПУ региона, на которых заслушивается отчет ТФОМС об исполнении бюджета фонда за 6 месяцев, за год. В Республике Карелия вопрос об исполнении бюджета Фонда ежеквартально рассматривается на заседаниях Правления ТФОМС, председателем которого является первый руководитель РОУЗ. В Республике Коми РОУЗ участвует в согласовании отчета об исполнении бюджета ТФОМС. В Чеченской республике проводятся совместные совещания ТФОМС и РОУЗ. В Алтайском крае РОУЗ совместно с ТФОМС принимает решение о включении в систему ОМС медицинских учреждений. В Еврейской автономной области осуществляется совместная разработка приоритетов развития здравоохранения в субъекте РФ; проводится совместная работа при формировании областных целевых программ, при определении размера страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения. В Иркутской области РОУЗ участвует в согласовании регистра врачей-экспертов, привлекаемых страховщиками. В Коми-Пермяцком АО РОУЗ совместно с Фондом принимает участие в согласовании объемов медицинской помощи каждого ЛПУ при формировании годовой территориальной программы ОМС, участвует в обсуждении и утверждении на заседаниях правления фонда и окружной согласительной комиссии по тарифам нормативно-правовых актов системы ОМС в округе, разработанных фондом. Кроме того РОУЗ является заказчиком и организатором конкурса по выбору СМО для

осуществления ОМС неработающего населения региона. В Ставропольском крае РОУЗ участвует в согласовании государственных (муниципальных) заданий по обеспечению Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. В Челябинской области РОУЗ участвует в разработке заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам РФ, проживающим на территории области, бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов и средств ОМС, и осуществляет контроль за их реализацией.

В ряде субъектов РФ имеется практика совместной разработки проектов нормативных актов, регулирующих вопросы контроля качества медицинской помощи. В Иркутской области РОУЗ участвует в разработке «Положения о контроле качества медицинской помощи». В Удмуртской Республике РОУЗ совместно с ТФОМС утверждает «Положение о контроле качества медицинской помощи в системе ОМС на территории УР» и медико-экономические стандарты по уровням оказания медицинской помощи в ЛПУ.

3.2. 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 соглашений о взаимодействии между региональным органом управления здравоохранением, ТФОМС и органами местного самоуправления для оказания медицинской помощи жителям 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 (субвенций, дотаций) 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 Белгородская область, Магаданская область, Республика Башкортостан, Республика Карелия, Тамбовская область, Республика Марий Эл, Новгородская 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. Заключаются соглашения о взаимодействии между региональным органом управления здравоохранением, ТФОМС и органами местного самоуправления для оказания медицинской помощи жителям муниципальных образований. 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 амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, которую оказывают муниципальные системы здравоохранения

РОУЗ вышеназванных регионов участвуют в планировании размеров субсидий (субвенций, 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 62 регионах (в 2004 году – в 49)¹⁰. Однако выделение этих объемов в составе показателей территориальной программы государственных гарантий производится лишь в 21 регионе (в 2004 году – в 17). 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 62 регионах «как правило» и в 10 регионах «иногда» (в 2004 году – соответственно в 58 и 3).

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 59 регионе «как правило», а в 14 регионах «иногда» (в 2004 году – соответственно в 54 и 7). Согласование же с РОУЗ назначения и освобождения от должности руководителей городских органов управления здравоохранением встречается чуть реже: «как правило» - в 51 регионе, «иногда» - в 14 регионах (в 2004 году – соответственно в 45 и 13).

В 53 регионах заключаются соглашения о взаимодействии между региональным органом управления здравоохранением, ТФОМС и органами местного самоуправления для оказания медицинской помощи жителям муниципальных образований.

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 27 регионах, «иногда» - в 31 регионах (в 2004 году – соответственно в 23 и 29). Городские власти еще реже: «как правило» - в 22 регионах, «иногда» - в 33 регионах (в 2004 году – соответственно в 15 и 37).

Планирование РОУЗ объемов медицинской помощи, оказываемой муниципальными системами здравоохранения, осуществляется почти во всех регионах. Так, совместно с большинством МОУЗ объемы амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи планируются в 72 регионах, а с некоторыми МОУЗ – в 5 регионах.

В то же время участие РОУЗ в планировании размеров субсидий (субвенций, дотаций) муниципальным бюджетам из бюджета субъекта РФ уменьшается. Только 24 региона (в 2004 году – 37) указали на использование такой практики.

Все более широкое распространение получили организационные формы взаимодействия органов управления здравоохранением столиц республик или областных

¹⁰ В этом и последующих разделах (если не оговорено иное приведены данные, основанные на информационных справках РОУЗ, полученных из 83 регионов (в 2004 году – из 65). На каждый из значимых для данного обзора вопросов ответило не менее 80 регионов (в 2004 году – не менее 62).

центров с РОУЗ. Их руководители участвуют в коллегиях и других совещаниях, организуемых РОУЗ несколько раз в год в 72 регионах, один раз в год в 6 регионах (в 2004 году – соответственно в 54 и 6). 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 54 регионах, один раз в год в 10 регионах (в 2004 году – соответственно в 36-ти и 17-ти). Главы местного самоуправления бывают на коллегиях РОУЗ несколько раз в год в 54 регионах, один раз в год в 16 регионах (в 2004 году – соответственно в 33 и 25).

В 63 регионах (в 2004 году 57) ежегодно проводится оценка эффективности деятельности муниципальных систем здравоохранения на основе разработанной в субъекте РФ методики.

3.3. 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 использование в регионе других новых информационных технологий, а также наличие сайта РОУЗ.

Следует отметить неплохую оснащенность компьютерами большинства российских ЛПУ: в 63 регионах (в 2004 году – в 59-ти) компьютеры имеются в большинстве ЛПУ, в 26 регионах (в 2004 году – в 14-ти) в большинстве ЛПУ созданы компьютерные сети, а в 9 регионах такие сети есть в некоторых ЛПУ (см. рис. 17). Практика использования этого компьютерного парка для электронного обмена информацией расширяется: уже в 56 регионах (в 2004 году только в 39) материалы РОУЗ рассылаются по электронной почте большинству МОУЗ, и в 51 регионе (в 2004 году только в 35) большинство МОУЗ отправляют по электронной почте в РОУЗ отчетные и другие материалы. Продолжается создание сайтов РОУЗ, хотя они функционируют только в 18 регионах (в 2004 году в 13-ти).

Все шире используется телемедицина. Телемедицинские центры и кабинеты существуют в 46 регионах, телемедицинские консультации и конференции проводятся в 50 регионах (в 2004 году лишь в 23 регионах имелся опыт использования различных форм телемедицины). Однако пока довольно редко (в 19 регионах) проводятся интернет-конференции и интернет-совещания.

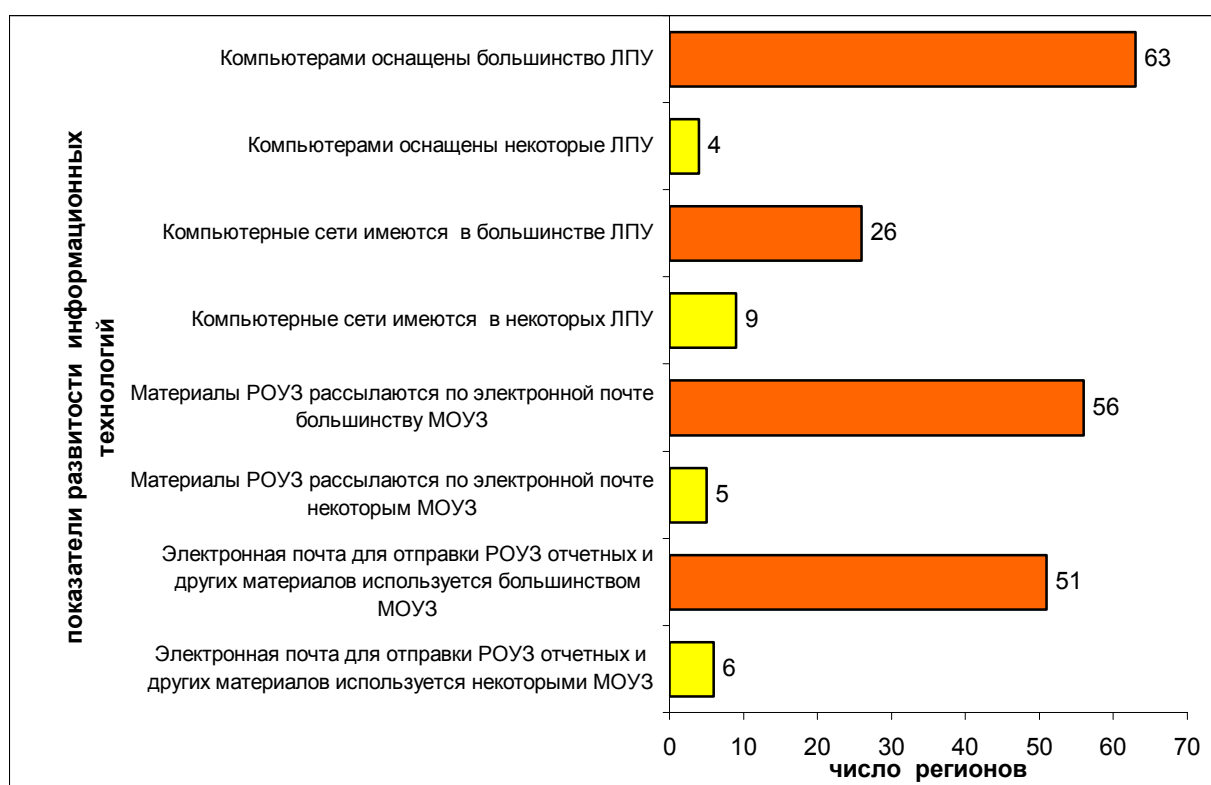
В ряде регионов имеется интересный опыт применения новых информационных технологий. В Алтайском крае для оперативного управления здравоохранением используется автоматизированная система «Мониторинг (ежеквартальный) состояния здоровья населения и деятельности ЛПУ». В Белгородской области в рамках национального проекта используется федеральная интернет-программа по поставке оборудования. Здесь же интернет используется для работы с регионами при проведении торгов по медицинскому оборудованию. В Воронежской области организована телемедицинская связь областных учреждений с 11 центральными районными больницами. В Кемеровской области сайт департамента охраны здоровья населения используется для обмена информацией с МОУЗ. В Нижегородской области, осуществляется электронный обмен данными между системами здравоохранения и обязательного медицинского страхования. В Республике Дагестан ведется автоматизированное управление данными для получения отчетных форм.

В Республике Марий Эл ведутся сводные баз данных по пролеченным больным в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, компьютерные регистры больных по отдельным заболеваниям (сахарный диабет, артериальная гипертония, гепатиты В и С), регистры льготников для обеспечения бесплатными и льготными медикаментами. В Республике Татарстан осуществляется мониторинг беременных с двухсторонним обменом

информацией по электронной почте. В Самарской области функционирует система оперативного мониторинга показателей деятельности учреждений здравоохранения, используются интернет - технологии для информирования МОУЗ, работает система оперативного мониторинга льготного лекарственного обеспечения.

Рисунок 17.

Распространенность использования информационных технологий в региональных системах здравоохранения



Источник: данные из 83 субъектов РФ.

В целом, по всем вышеописанным параметрам, наиболее высокий уровень развитости информационных технологий в управлении здравоохранением отмечается в Кемеровской, Новосибирской, Пензенской и Самарской областях, Республике Башкортостан и Республике Карелия.

3.4. Механизмы регулирования лекарственного обеспечения

Главным нововведением в этой сфере в 2005 году стала реализация во всех регионах федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения. Это является предметом отдельного рассмотрения в разделе 7.

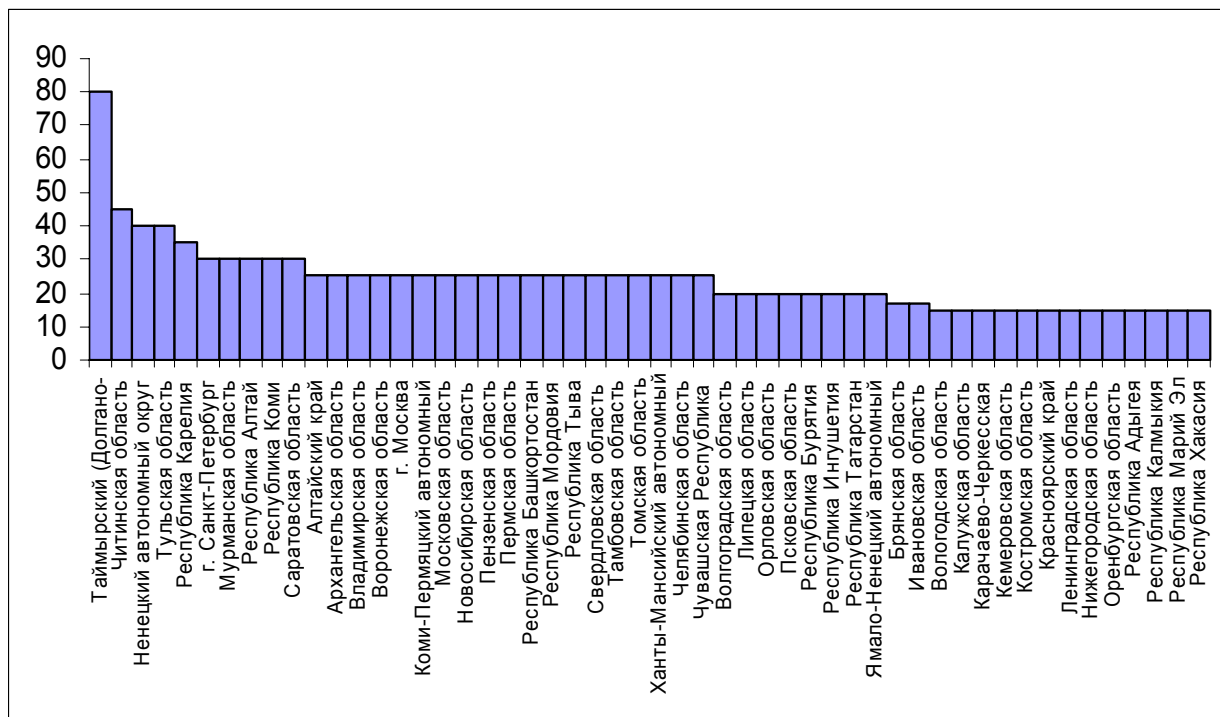
Среди других механизмов регулирования лекарственного обеспечения наиболее часто используются:

- разработка и утверждение регионального перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, содержащего дополнения к федеральному перечню;
- разработка и утверждение региональных фармацевтических формуляров;
- установление предельных размеров оптовых и розничных надбавок;

- организация централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств регионального бюджета и ОМС.

Рисунок 18.

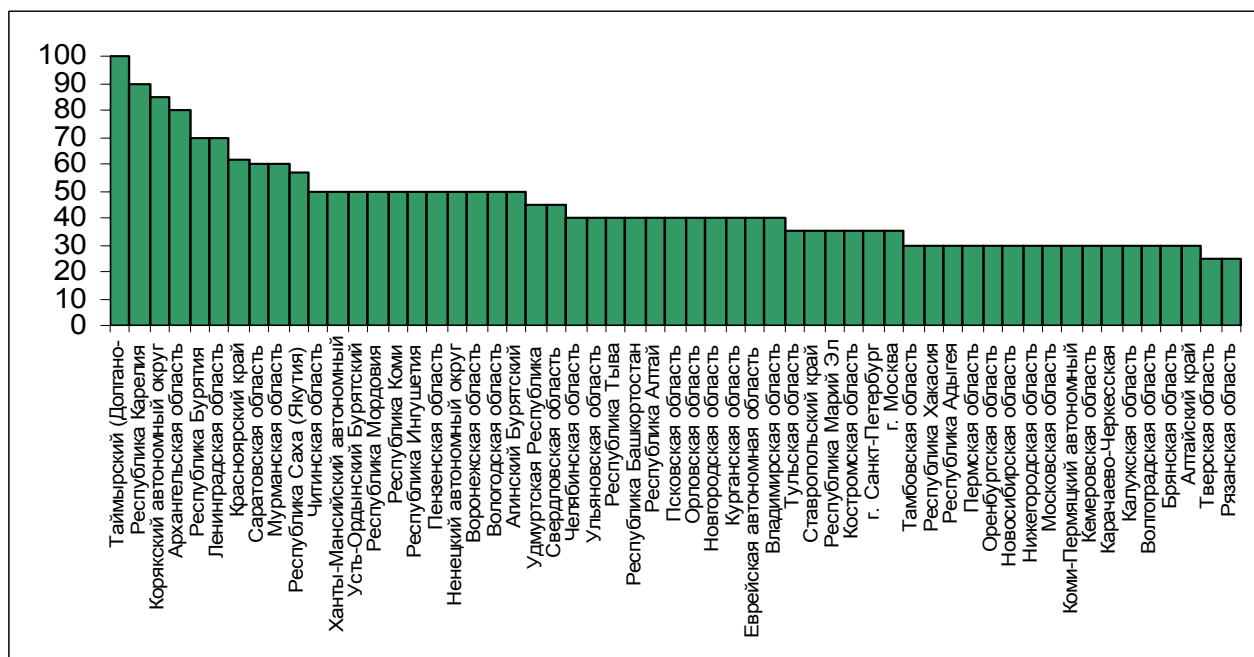
Предельные размеры оптовых надбавок к ценам закупки лекарственных средств, установленные в субъектах РФ, 2005 г., %



Источник: данные из 67 субъектов РФ.

Рисунок 19.

Предельные размеры розничных надбавок к ценам закупки лекарственных средств, установленные в субъектах РФ, 2005 г., %



Источник: данные из 67 субъектов РФ.

Наибольшее распространение получила практика установления предельных размеров оптовых и розничных надбавок. Такие надбавки установлены практически во всех регионах (в 80 из 83, по которым имеется информация). Их значения колеблются от 8% до 80% для оптовых надбавок (см. рис. 18), и от 15% до 100% - для розничных (см. рис. 19).

В 76 субъектах РФ существует практика централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств регионального бюджета. Практика централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств обязательного медицинского страхования используется в 61 регионе. Такой же примерно уровень распространенности получили региональные фармацевтические формуляры (имеются в 58 регионах) и несколько меньший - региональные перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, содержащие дополнения к федеральному перечню (утверждены в 44 регионах).

К числу регионов, отличающихся по вышеописанным индикаторам сравнительно высоким уровнем развитости механизмов регулирования лекарственного обеспечения, относятся: Белгородская, Липецкая, Московская, Нижегородская, Орловская, Самарская Тамбовская и Ярославская области; Краснодарский, Красноярский и Приморский края; Республика Марий Эл, Республика Тыва, Чувашская Республика, Еврейская автономная область и ряд других.

3.5. 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. Такие нормативные документы имеются в 70 регионах.

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, то есть 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 56 регионах (в 2004 году - в 53). Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по месту оказания медицинских услуг встречается реже – только в 29 регионах (в 2004 году - в 27). Причем в 27 регионах закреплены оба этих требования (в 2004 году - в 25).

Лишь в 10 регионах РОУЗ директивно определяют тарифы на платные услуги государственных ЛПУ. В 56 регионах они устанавливаются самими ЛПУ по согласованию с региональным органом власти. И только в 13 регионах государственные ЛПУ полностью 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 11 регионах, в 60 регионах тарифы устанавливаются ЛПУ по согласованию с региональным органом власти (РОУЗ) и/или органами местного самоуправления, и только в 4 регионах ЛПУ полностью самостоятельно определяют цены на свои платные услуги.

К числу регионов, отличающихся сравнительно высоким уровнем развитости методов регулирования ценообразования на платные медицинские услуги, относятся Коми-

Пермский автономный округ, Новосибирская область, Республика Дагестан, Читинская область.

4. Общественные организации в системе здравоохранения

Во многих российских регионах существуют ассоциации медицинских работников (в 66 регионах из 83, из которых были получены информационные справки). Всего зафиксировано 237 таких ассоциаций. В трех регионах (Алтайском крае, Ростовской и Рязанской областях) действуют более десяти ассоциаций медицинских работников в каждом.

Ассоциации пациентов существуют в намного меньшем числе регионов (в 26). Всего на территории России действует 115 таких ассоциаций. Имеется 2 региона, в каждом из которых существует по десять ассоциаций пациентов. Это Алтайский край и Нижегородская область.

Только в 28 регионах создана 31 ассоциация страховщиков. На территории трех регионов (Нижегородская область, Орловская область, Чеченская республика) действуют по две таких ассоциации.

5. Новые формы управления и финансирования в сфере здравоохранения, внедренные в субъектах РФ

В 2005 году изменения в организации финансирования и управления здравоохранением происходили во всех субъектах РФ, но большая их часть обусловлена реализацией федерального законодательства о разграничении полномочий, давлением федеральной власти по исполнению требований закона о медицинском страховании и расширением эксперимента, проводимого Пенсионным фондом. Но почти в половине регионов имели место отдельные нововведения, осуществленные по собственной инициативе. Относительно большее количество нововведений было в Белгородской, Кемеровской, Московской, Новосибирской, Пермской областях, Республике Карелия, Самарской, Тюменской областях.

5.1. 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

В 2005 году получила развитие практика заключения соглашений между РОУЗ, ТФОМС и органами местного самоуправления о взаимодействии по оказанию медицинской помощи населению региона: такие соглашения действуют уже в 53 регионах, к числу которых в прошедшем году присоединились Агинский Бурятский автономный округ, Архангельская область, Красноярский край, Омская область, Удмуртская Республика, Хабаровский край.

В Красноярском крае, помимо соглашения о взаимодействии и сотрудничестве в области здравоохранения и лекарственного обеспечения между агентством здравоохранения и лекарственного обеспечения, ТФОМС и администрацией муниципальных образований, начало действовать межведомственное соглашение о взаимодействии с целью реализации краевой целевой программы "Поддержка развития первичной медико-санитарной помощи в сельской местности Красноярского края на 2005-2007 годы". Подготовлено соглашение о взаимодействии с целью реализации краевой целевой программы "Укрепление материально-

технической базы краевых государственных, муниципальных учреждений здравоохранения и краевых государственных образовательных учреждений среднего специального образования Красноярского края на 2006-2008 годы".

В Хабаровском крае заключено соглашение между министерством здравоохранения края и ХКФОМС о взаимодействии по координации вопросов обеспечения контроля качества и безопасности медицинской помощи на территории Хабаровского края.

В Архангельской области заключены соглашения на 2006 год между администрацией области и муниципальными образованиями по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

В Тамбовской области заключено Соглашение по информационному взаимодействию между УФНС России по Тамбовской области и ТФОМС, в рамках которого проводится взаимный обмен информацией, необходимой для исчисления и уплаты единого социального налога, зачисляемого в территориальный фонд ОМС.

Развитие форм координационного управления

В субъектах РФ продолжается создание различных региональных советов, в работе которых участвуют представители РОУЗ, МОУЗ и органов местного самоуправления. Эта практика существует более чем в 20 регионах.

В 6 регионах компетенция таких советов определена достаточно широко. Так, межведомственный Медицинский Совет Кемеровской области является основным координирующим органом системы здравоохранения Кузбасса. В его состав наряду с представителями муниципального здравоохранения входят представители ТФОМС, КРО ВСС, Роспотребнадзора, МСЭК, научных институтов, образования, соцобеспечения и социальной защиты. В составе МСКО образовано 13 комитетов по различным направлениям здравоохранения.

В Белгородской области организован Областной координационный совет по мониторингу реализации областной программы охраны и укрепления здоровья до 2010 года.

В Тверской области образован Совет по здравоохранению при Губернаторе области.

В Приморском крае создан региональный Совет по реструктуризации и оптимизация деятельности системы здравоохранения.

В Кировской области созданы координационные советы департамента здравоохранения по анализу деятельности учреждений здравоохранения.

В Чувашской республике во всех муниципалитетах созданы Межведомственные советы по социальному партнерству в области охраны и укрепления здоровья.

В 10 регионах в 2005 году были созданы советы для реализации национальных проектов. В Республике Бурятия, Республике Карелия, Республике Саха-Якутия, Липецкой области – координационные советы при руководителе региона по реализации приоритетных национальных проектов. В Кемеровской области, Курганской области, Нижегородской области – региональные межведомственные советы по реализации национального проекта «Здоровье». В Алтайском крае и Свердловской области организованы штабы по национальному проекту. В Архангельской области создана координационная Комиссия департамента здравоохранения администрации Архангельской области по управлению реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на территории региона.

В 5 регионах были образованы узко специализированные советы и комиссии.

В Калининградской области созданы областные межведомственные комиссии: по делам несовершеннолетних и защите их прав; по предупреждению и борьбе с заболеваниями

социального характера; по вопросам международной гуманитарной и технической помощи; по делам инвалидов.

В Тамбовской области образована межведомственная комиссия администрации области по профилактике и предупреждению распространения на территории области социально– значимых заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

В Московской области создана координационная рабочая группа по созданию государственной аптечной сети, руководителем которой является вице-губернатор области. В этом же регионе продолжают функционировать координационные советы 12 медицинских округов, работа которых координируется заместителями первого руководителя РОУЗ.

В Свердловской области создана Координационная комиссия по организации питания учащихся и студентов.

В Красноярском крае создана краевая санитарно-противоэпидемическая комиссия.

5.2. Нововведения в организации финансирования здравоохранения

5.2.1. Нововведения в механизмах сбора и аккумулирования финансовых средств

В 2005 году, как уже было отмечено в разделе 1.2.2., произошли изменения в порядке осуществления взносов на ОМС неработающего населения: в соответствии с ФЗ № 122 от 2004 г. из числа страхователей исключены органы местного самоуправления, и теперь во всех регионах указанные взносы осуществляются исключительно из бюджетов субъектов РФ. Вторым масштабным изменением стало расширение числа регионов, получавших средства из Пенсионного фонда на ОМС неработающих пенсионеров (см. раздел 1.2.2.).

Помимо этого в ряде регионов получили развитие *формы взаимодействия ТФОМС со страхователями работающего населения*. В Санкт-Петербурге при регистрации страхователей работающего населения реализована концепция «одного окна». В Республике Марий Эл технология «одного окна» использована при организации телекоммуникационных каналов информационного взаимодействия ТФОМС с налоговой службой. В Республике Башкортостан внедрена автоматизированная регистрация страхователей по сведениям, представленным федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими государственную регистрацию юридических лиц и индивидуальных предпринимателей.

Территориальные фонды расширяют состав применяемых *методов контроля за уплатой взносов на ОМС работающего населения*. Так, в Ивановской области ТФОМС направлял письма страхователям, имеющим задолженность по ЕСН с требованием ее погашения и предупреждением о возможности расторжения договора ОМС страховыми медицинскими организациями и об информировании правоохранительных органов о нарушении законодательства по ОМС. В Пензенской области ТФОМС совместно с налоговыми органами проводил документальные проверки крупных торговых центров и рынков с целью легализации трудовых отношений и увеличения поступлений социального налога. В частности, было выявлено, что 22% наемных работников не имели страхового медицинского полиса, 18 % - имели полис неработающих граждан.

Механизм компенсации расходов системы ОМС на оказание медицинской помощи гражданам, пострадавшим в результате противоправных действий - взыскание регрессных исков с юридических и физических лиц, виновных в совершении преступлений, - был внедрен во Владимирской и Пензенской областях, Ставропольском крае.

В Магаданской области внедрена практика возмещения бюджетами субъекта РФ и муниципальных образований нецелевых расходов территориальному фонду обязательного медицинского страхования.

5.2.2. Нововведения в распределении финансовых средств в системе ОМС

2005 год отличается заметным сдвигом в схемах организации ОМС во всех регионах к той модели, которая предусмотрена законом о медицинском страховании. В 12 регионах РФ (Ивановской области, Еврейской автономной области, Кировской области, Карачаево-Черкесской Республике, Коми-Пермяцком автономном округе, Ненецком автономном округе, Республике Алтай, Республике Башкортостан, Республике Дагестан, Республике Марий Эл, Тюменской области, Чеченской республике) в качестве страховщиков в 2005 году стали действовать страховые медицинские организации. Ранее в этих регионах функции страховщиков выполняли ТФОМС и их филиалы. В Челябинской области страховые медицинские организации перестали выполнять только технические функции по регистрации застрахованных и выдаче полисов, им переданы функции оплаты медицинских услуг ЛПУ.

Еще одним широкомасштабным нововведением **стало проведение конкурсного отбора страховых медицинских организаций** для осуществления обязательного медицинского страхования неработающего населения. Этот механизм был внедрен в 2005 году в 19 регионах во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2002 г. № 737 «О конкурсах среди страховщиков для осуществления страхования за счет средств соответствующего бюджета»

В Архангельской области страховым медицинским организации было разрешено осуществлять страхование и оплачивать медицинскую помощь не только работающему, но и неработающему населению.

Самое интересное нововведение было осуществлено в Пермской области: впервые в России там был создан правовой и **организационный механизм реализации права выбора СМО гражданами**, относящимися к неработающему населению. Выбор осуществляется из числа одиннадцати СМО, отобранных на конкурсной основе страхователем неработающего населения (Управлением здравоохранения Пермской области). в 2005 году проведены конкурсы по выбору СМО для осуществления обязательного медицинского страхования неработающего населения Пермской области. Технология реализации права выбора СМО неработающими гражданами определена в «Порядке выбора неработающими гражданами страховой медицинской организации по обязательному медицинскому страхованию», утвержденном Приказом Управления здравоохранения Пермской области от 11.07.2005 г. № 246 по согласованию с ПОФОМС и Союзом медицинских страховых организаций Прикамья.

В ряде регионов проводилась работа по **совершенствованию порядка расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования СМО**. Так, в Московской области используется методика расчета этих нормативов на основе протоколов стоимости планов-заданий ЛПУ области, поло-возрастных коэффициентов потребления медицинской помощи, коэффициентов прошлых затрат, коэффициентов доступности медицинской помощи для застрахованных. В Кемеровской области при определении размеров подушевых нормативов финансирования страховщиков используется коэффициент управляющего воздействия. Данный коэффициент рассчитывается для каждого муниципального образования и учитывает прогресс по ряду показателей (реструктуризации и др.) в сравнении со среднеобластным значением. Доля коэффициента управляющего воздействия в подушевой формуле – 5%.

5.2.3. Нововведения в механизмах финансового планирования и оплаты медицинской помощи

Развитие методов бюджетного планирования расходов на здравоохранение отмечено в нескольких регионах.

В Вологодской области и в Республике Карелии внедрен механизм определения объемов межбюджетных трансфертов из регионального бюджета бюджетам муниципальных районов и округов, включающий оценку нормативных расходов на здравоохранение для обеспечения расходных обязательств по вопросам местного значения муниципальных образований. В целях обеспечения полномочий органов самоуправления муниципальных образований источниками финансирования законодательно утвержден единый финансовый норматив потребности в бюджетных ресурсах в области здравоохранения в расчете на одного жителя.

В Удмуртской Республике в целях совершенствования технологии расчета бюджетной потребности и повышения уровня достоверности характеристик учреждений, используемых для расчета бюджетной потребности, в рамках разработки системы индикативного управления проводилась разработка стандартов обеспеченности населения объектами социальной инфраструктуры по отрасли «Здравоохранение», норм расходов бюджетных учреждений по отрасли «Здравоохранение», паспортизация учреждений, финансируемых из бюджета.

Механизм размещения муниципального заказа-задания на предоставление медицинских услуг внедрен в 2005 году в Архангельской области, Красноярском крае, Магаданской области, Республике Башкортостан, Республике Марий Эл, Ямало-Ненецком автономном округе. В Оренбургской области в 2005 году внедрен принцип подушевого финансирования плана-заказа.

Напротив, в Тюменской области в 2005 году система планирования объемов медицинской помощи путем распределения государственного и муниципального заказа была упразднена, а функции планирования объемов медицинской помощи и их оплаты полностью переданы ТФОМС и СМО.

В Эвенкийском автономном округе произошла централизация всех бухгалтерий учреждений здравоохранения в государственное учреждение «Окружное казначейство».

Новые методы планирования объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи были внедрены в Волгоградской области, Красноярском крае, Приморском крае, Республике Карелия, Республике Татарстан, Самарской области, Смоленской области, Чувашской Республике.

Среди нововведений следует отметить, в частности, утверждение в Карелии плановых объемов медицинской помощи в части оказания населению профилактической помощи, в том числе школ здоровья. В Смоленской области планирование объемов медицинской помощи велось с учетом трудозатрат на выписку льготных рецептов, определенных по результатам специально проведенного мониторинга. В Татарстане планирование посещений амбулаторно-поликлинической помощи на 2005 г. осуществлялось с введением градации по видам посещений: лечебно-диагностические первичные и повторные; профилактические; диспансерные; посещения на дому.

Изменения в механизмах финансирования ЛПУ из региональных и местных бюджетов.

В ряде регионов муниципальные специализированные учреждения здравоохранения не были переданы в собственность субъектов РФ, но их финансовое обеспечение в соответствии с требованиями нового законодательства о разграничении полномочий стало осуществляться из региональных бюджетов в виде субвенций бюджетам муниципальных образований. Такая практика имело место в Красноярском крае, Ростовской и Свердловской областях, Хабаровском крае, Ярославской области. В Смоленской области финансирование специализированной помощи, оказываемой структурными подразделениями центральных

районных больниц, производилось по договорам о возмездном оказании услуг за счет средств областного бюджета.

В Вологодской области из фонда финансовой поддержки муниципальных образований производилось финансирование коек сестринского ухода.

В 2005 году продолжался процесс перевода на казначейскую систему расходования средств ЛПУ. В Башкортостане осуществлен переход на казначейскую систему исполнения бюджета в республиканских учреждениях здравоохранения, в Алтайском крае и Курской области на казначейское обслуживание переведено расходование средств, полученных ЛПУ от оказания платных услуг.

В двух регионах были осуществлены преобразования в механизме бюджетного финансирования государственных ЛПУ. В Иркутской области бюджетное финансирование оказания высокотехнологичной медицинской помощи в Областной клинической больнице и Областной детской клинической больнице стало осуществляться с использованием метода оплаты за пролеченного больного. В Карелии внедрены методы финансирования государственных учреждений, ориентированные на достижение конечных результатов.

Особое внимание органов управления здравоохранением привлекло широко рекламируемое внедрение в 2005 году в Тюменской области **системы одноканального финансирования** отрасли из средств ОМС. Доля средств, аккумулируемых в системе ОМС, в финансировании территориальной программы государственных гарантий увеличилась здесь за год вдвое: с 38% в 2004 г. до 77% в 2005 г. Из средств ОМС финансируются теперь не только стационарные и амбулаторно-поликлинические учреждения, но и станции скорой помощи. Но следует отметить, что в строгом смысле полного перехода к одноканальной систем финансирования ЛПУ не произошло: затраты ЛПУ на коммунальные услуги не возмещаются из средств ОМС, да и вышеуказанные 77% существенно ниже, чем доля финансовых средств, аккумулировавшихся в системе ОМС Самарской области до 2005 года – 94%.

В Алтайском крае из средств ОМС стали оплачивать дорогостоящие методы лечения: коррекцию врожденных пороков сердца, эндоскопические операции.

Изменения методов оплаты медицинских услуг в системе ОМС произошли в 2005 году во многих регионах (см. разделе 1.2.5.) Особо можно отметить Ульяновскую область, где в 2005 году начат эксперимент по финансированию из средств ОМС десяти государственных учреждений здравоохранения по полному тарифу на медицинские услуги, утвержденному Территориальной программой ОМС на 2005 год.

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

В соответствии с требованиями постановления Правительства РФ № 570 от 15.09.2005 в субъектах РФ проводились изменения в порядке регистрации страхователей и осуществлялась рассылка свидетельств о постановке страхователя на учет в ТФОМС.

В субъектах РФ велась работа по внедрению и развитию автоматизированных систем:

- информационного взаимодействия участников программы дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий населения (выписки рецептов, учета отпущенных рецептов, медико-экономическая экспертиза отпущенных рецептов и др.);
- обеспечения реализации национального проекта в сфере здравоохранения (ведения регистра участковых врачей; регистра учреждений и специалистов, принимающих участие в программе «Родовой сертификат», и др.);
- учета страхователей;

- ведения регистра застрахованных;
- ведения регистра учета граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи (областные льготники);
- учета детей с социально-значимыми заболеваниями, детей-инвалидов;
- персонализированного учета оказанной медицинской помощи в системе ОМС;
- экспертизы качества медицинской помощи.

Среди нововведений можно отметить разработку в 2005 г. в Московской области первой очереди системы ведения в реальном масштабе времени единого регистра застрахованных граждан. Система позволяет осуществлять доступ к регистру через Интернет, в том числе доступ практически во всех регистратурах и приемных покоях ЛПУ для проверки действительности полиса ОМС при обращении застрахованного за медицинской помощью.

В Новосибирской области с 2005 года используются учетные программы диспансеризации детского населения.

В Свердловской области в областной больнице №2 реализуется пилотный проект по внедрению автоматизированной системы персонализированного учета лекарственных средств.

5.2.5. Развитие механизмов обеспечения прав застрахованных по ОМС

В ряде регионов получила развитие нормативная база, регулирующая организацию контроля качества медицинской помощи в системе ОМС. Положения о вневедомственном контроле качества медицинской помощи утверждены в Астраханской и Курганской областях. В Москве разработана и внедрена в систему договорных отношений новая форма отчетности СМО «Основные показатели работы страховой медицинской организации по защите и обеспечению прав и законных интересов застрахованных граждан». В Самарской области внедрена единая форма актов вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, используемая ТФОМС и всеми СМО на территории области.

В Санкт-Петербурге разработан и внедрен механизм досудебного возмещения страховыми медицинскими организациями затрат, неправомерно понесенных застрахованными гражданами при получении медицинской помощи в ЛПУ, являющихся участниками ОМС. В Воронежской области разработаны методические рекомендации «Организация деятельности страховщика, связанной с досудебной защитой прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования», в которых определены механизм и источник компенсации затрат денежных средств застрахованных граждан, понесенных ими при получении медицинских услуг.

В Новосибирской области утверждено положение о порядке возмещения гражданам, застрахованным по ОМС, понесенных ими расходов на медицинскую помощь, предусмотренную программой ОМС, и установлена ответственность медицинского учреждения за ограничение доступности для пациентов медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС, выявленной в результате вневедомственного контроля качества медицинской помощи.

В Томской области организована работа «Горячей линии» для защиты прав граждан, в том числе и по вопросам дополнительного лекарственного обеспечения.

5.2.6. Изменения в регулировании порядка оказания платных медицинских услуг

В 2005 году в 9 регионах (Липецкой, Московской, Нижегородской, Свердловской, Тамбовской, Ульяновской областях, Республике Башкортостан, Республике Тыва, Хабаровском крае) были приняты нормативные акты исполнительных органов власти

субъектах РФ, регулирующие условия оказания областными и муниципальными учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг.

Заслуживает внимания установленная в Республике Башкортостан норма о необходимости разработки в каждом ЛПУ положения «О платных услугах» и его согласования республиканскими учреждениями – с республиканским Министерством здравоохранения, а муниципальными – с органами местного самоуправления. В этом регионе предметом прямого регулирования со стороны РОУЗ является размер фонд оплаты труда медицинским персоналом за счет доходов от платных услуг: вместе с начислениями на оплату труда он не должен превышать 6 % от полученных общих доходов учреждений.

В некоторых субъектах РФ до 2005 года РОУЗ выдавали разрешения муниципальным учреждениям здравоохранения на оказание платных медицинских услуг. В связи с принятием нового законодательства о разграничении полномочий эта практика была прекращена.

В 4 регионах (Красноярском крае, Курганской, Московской, Новгородской областях) были разработаны методические рекомендации по расчету цен на медицинские услуги, оказываемые государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения. В частности, в Красноярском крае нововведением выступает требование осуществлять расчет стоимости медицинских услуг, оказываемых на платной основе, в соответствии со стандартом (технологической картой) лечения больного.

5.2.7. Инновации в организации лекарственного обеспечения

В 2005 году в организации лекарственного обеспечения во всех регионах произошли масштабные изменения, обусловленные реализацией федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения льготников (см. раздел 7).

Помимо этих преобразований можно отметить введение в Белгородской области централизованной системы приобретения лекарственных средств для ЛПУ на условиях конкурса.

5.3. Новые формы оплаты труда

В 2005 году в трех регионах (Московской, Пермской, Тюменской) были введены новые отраслевые системы оплаты труда медицинских работников. В Пензенской области в ряде ЛПУ внедрены новые методы оплаты труда медицинских работников в зависимости от объема и качества оказанных услуг.

Сразу в нескольких регионах были реализованы меры по повышению уровня оплаты труда участковым врачам и медицинским сестрам и врачам общей практики. В Рязанской области была введена дополнительная оплата участковым врачам в размере 2 тысяч рублей в месяц, медицинским сестрам в размере 1 тысячи рублей. В Самарской области врачам и медицинским сестрам в офисах общей врачебной практики введена доплата за счет средств областного бюджета до 15 тыс.рублей. В Тверской области постановлением губернатора с октября 2005 года была повышена заработная плата врачам общей практики в 64 офисах ВОП до 15 тысяч рублей. В Томской области были установлены надбавки врачам и среднему медицинскому персоналу терапевтической и педиатрической участковых служб на четвертый квартал 2005 года в размере 100 % тарифной ставки заработной платы. В Ульяновской области участковым врачам с 2005 года ежемесячно выплачивается муниципальная надбавка к должностному окладу в размере 50%.

Следует особо подчеркнуть, что это было сделано за счет средств региональных и местных бюджетов до принятия приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, предусматривающего повышение с 2006 года оплаты труда участковых терапевтов, педиатров и медицинских сестер на 10 и 5 тысяч рублей соответственно. Эти

действия субъектов РФ свидетельствуют, что вопрос о повышении оплаты труда медицинских работников, оказывающих первичную медицинскую помощь, давно назрел, и включение соответствующих мер в приоритетный национальный проект было совершенно оправдано.

Среди других изменений в формах оплаты труда следует указать на введение в ряде регионов доплат молодым специалистам и другим отдельным категориям медицинских работников (Волгоградская, Рязанская области и др.) В некоторых регионах (Калужская, Ленинградская области) с 2005 года были установлены ежемесячные доплаты к основному должностному окладу, обеспечивающие уровень минимальной заработной платы не ниже величины регионального прожиточного минимума.

6. Реструктуризация ЛПУ в соответствии с требованиями законодательства о разграничении полномочий между уровнями власти

6.1. Направления реструктуризации

Новое законодательство по разграничению полномочий между различными уровнями власти¹¹ внесло существенные изменения в разделение компетенции в области здравоохранения. Оно требует проведения масштабных структурных преобразований в сети учреждений здравоохранения и в финансовом обеспечении различных видов медицинской помощи по следующим направлениям:

1. В ряде регионов имелись как государственные, так и муниципальные: кожно-венерологические, туберкулезные, наркологические диспансеры и другие специализированные ЛПУ. Финансовое обеспечение их деятельности отнесено теперь к компетенции субъектов РФ. Для того, чтобы эти учреждения можно было финансировать из бюджета субъекта РФ, муниципальные диспансеры и специализированные ЛПУ должны были быть переданы в собственность субъектов РФ.

2. В ряде субъектов РФ существовали станции скорой помощи, находящиеся в государственной собственности. Новое законодательство возлагает на муниципальные образования ответственность за организацию оказания скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной). Это означает необходимость передачи государственных организаций скорой помощи с регионального уровня на местный уровень.

3. Оказание первичной медико-санитарной помощи отнесено к компетенции органов местного самоуправления. Соответственно ЛПУ для обеспечения первичной медико-санитарной, находившиеся в государственной собственности субъектов РФ, должны были быть переданы в муниципальную собственность.

¹¹ Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации"; Федеральный закон от 4 июля 2003 г. № 95-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»; Федеральный закон №131-ФЗ от 6 октября 2003 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»; Федеральный закон от 22 августа 2004 года №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»».

4. В новом законодательстве нет однозначного указания на то, в чьей собственности должно оставаться имущество многопрофильных муниципальных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь (городские, районные, участковые больницы, диагностические центры, поликлиники и др.). Однако из норм, устанавливающих разделение компетенции, вытекает, что такое имущество должно быть передано в собственность субъектов РФ. Имущество существующих муниципальных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, используемое для оказания ПМСП, должно остаться в муниципальной собственности.

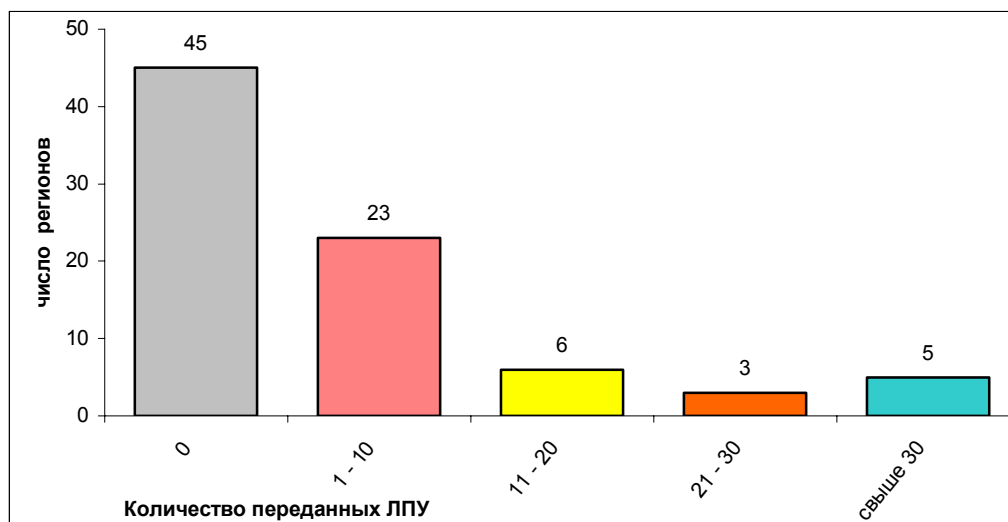
В 2005 году процесс реструктуризация ЛПУ в соответствии с требованиями нового законодательства о разграничении полномочий между уровнями власти происходил в 37 регионах из 82, по которым была получена информация.

6.2. Специализированные ЛПУ и структурные подразделения в составе многопрофильных ЛПУ, переданные в 2005 году из муниципальной собственности в собственность субъекта Российской Федерации

Передача специализированных ЛПУ и структурных подразделений многопрофильных ЛПУ из муниципальной собственности в собственность субъекта Российской Федерации в 2005 году была осуществлена в 38 регионах (из 82, предоставивших данные). В том числе передача ЛПУ произведена в 37 регионах, передача структурных подразделений - в 8 регионах. Всего передано 547 ЛПУ и 377 структурных подразделения. Распределение регионов по количеству переданных специализированных ЛПУ представлено на рисунке 20.

Рисунок 20

Распределение субъектов РФ по количеству специализированных ЛПУ, переданных в 2005 году из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ



Источник: данные из 82 субъектов РФ.

По количеству специализированных ЛПУ, переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ лидируют Московская, Волгоградская, Челябинская, Нижегородская и Иркутская области.

По количеству структурных подразделения в составе многопрофильных ЛПУ, переданных в 2005 году из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ, выделяется Ростовская область. Здесь в 2005 году изменили форму собственности 313 таких подразделений, в то время как во всех остальных регионах, где такие изменения произошли, они затронули в общей сложности всего 64 структурных подразделений.

В ЛПУ, переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ, имелось 41156 коек. Наибольшее количество переданных коек отмечено в следующих регионах: Челябинская область (4932 койки), Самарская область (4335 коек), Нижегородская область (4127 коек), Московская область (4015 коек) и Иркутская область (3261 койка).

В переданных ЛПУ 19890 штатных должностей врачей. По количеству штатных должностей врачей в лечебно-профилактических учреждениях (в отделениях), переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ выделяются пять регионов: Красноярский край (5055 врачей), Ульяновская область (4442 врача), Челябинская область (1339 врачей), Московская область (1297 врачей), Нижегородская область (1109 врачей).

Представление о структуре переданных ЛПУ можно получить из таблицы 5. Больше всего изменения коснулись противотуберкулезных учреждений. В 30 регионах передано в собственность субъекта РФ 161 ЛПУ, кроме того, в 4 регионах собственников сменили 54 структурных подразделения в составе многопрофильных ЛПУ. Только в четырех областях: Волгоградской, Московской, Нижегородской и Челябинской реструктуризации подверглись более 10 ЛПУ, точнее от 12 до 27. А в Ростовской области этот процесс коснулся 50 структурных подразделений. В остальных регионах процесс был менее интенсивным.

Таблица 5

Структура специализированных ЛПУ, переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ в 2005 году

Виды специализированных ЛПУ	Число субъектов РФ, в которых осуществлялась передача ЛПУ	Количество переданных ЛПУ	Число субъектов РФ, в которых осуществлялась передача структурных подразделений	Количество переданных структурных подразделений
Кардиологические	2	2	0	0
Кожно-венерологические	21	72	2	58
Наркологические	20	41	2	60
Онкологические	11	19	1	80
Противотуберкулезные	30	161	4	54
Психоневрологические	25	87	2	76
Прочие	27	165	5	49

Источник: данные из 35 субъектов РФ.

Интенсивность реструктуризации психоневрологической, кожно-венерологической и наркологической помощи в целом по России была несколько ниже.

В 25 регионах 87 психоневрологических ЛПУ изменили форму собственности. Более десяти ЛПУ реструктурировано в Московской (17) и Челябинской (15) областях. В

Ростовской области сменило форму собственности 72 структурных подразделения, в то время как во всех остальных регионах России таких подразделений всего 4.

В 2005 году было реструктурировано 72 кожно-венерологических ЛПУ в 21 субъекте РФ. Лидеры этого процесса Московская (15 ЛПУ) и Челябинская (12 ЛПУ) области. В Ростовской области реструктурировано 57 таких структурных подразделений, в то время как в остальной России всего одно.

Среди наркологических учреждений из муниципальной в собственность субъекта РФ в 20 регионах перешли 41 ЛПУ, и, кроме того, 54 структурных подразделения в Ростовской области (из общей численности 60). Наиболее высокие показатели по реструктуризации ЛПУ отмечены в Московской области (10 ЛПУ).

Процесс передачи специализированных ЛПУ из муниципальной в собственность субъекта РФ в значительно меньшей степени коснулся онкологических учреждений. В 2005 году реструктурировано 19 таких ЛПУ в 11 регионах. По 3 ЛПУ реструктурировано в Челябинской и Иркутской областях. Помимо этого, в Ростовской области изменили форму собственности 80 структурных подразделений. В других регионах изменений не произошло.

Менее всего реструктуризации подверглись кардиологические учреждения. В собственность субъекта РФ было передано всего 2 ЛПУ, по одному в Тверской области и Республике Ингушетия.

Кроме того, в 2005 году в 27 регионах было реструктурировано 165 прочих специализированных ЛПУ.

6.3. ЛПУ для обеспечения скорой помощи, переданные в 2005 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность

Передача лечебно-профилактических учреждений для обеспечения скорой помощи и/или их структурных подразделений из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность 2005 году произошла всего в 9 регионах (из 82-х, предоставивших сведения). В 5 регионах зафиксированы случаи передачи как ЛПУ, так и их структурных подразделений, в 3 регионах – только ЛПУ, а в 1 регионе – только структурных подразделений (Ростовская область). Всего было передано 94 ЛПУ и 199 структурных подразделений в составе многопрофильных ЛПУ.

По этому показателю выделяются следующие регионы: Республика Саха (Якутия) – реструктурировано 41 ЛПУ, Чеченская республика – 21 ЛПУ и 21 структурное подразделение в составе многопрофильных ЛПУ, Ставропольский край – 19 ЛПУ, Волгоградская область 4 ЛПУ и 75 подразделений.

6.4. ЛПУ для обеспечения первичной медико-санитарной, переданные в 2005 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность

Передача лечебно-профилактических учреждений для обеспечения первичной медико-санитарной помощи и/или их структурных подразделений из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность 2005 году произошла в 15 регионах (из 82-х, предоставивших сведения). В 5 регионах зафиксированы случаи передачи как ЛПУ, так и их структурных подразделений, в 9 регионах – только ЛПУ, а в 1 регионе – только структурных подразделений ЛПУ (Ростовская область). Всего было передано 848 ЛПУ и 1368 структурных подразделений в составе многопрофильных ЛПУ. Наиболее масштабные преобразования были проведены в Республике Саха (Якутия), Кировской и Волгоградской областях, Чеченская республике – в каждом из этих регионов реструктурировано более 100

ЛПУ. В Ростовской области передано муниципалитетам 1086 подразделений государственных ЛПУ.

6.5. Реструктуризация многопрофильных ЛПУ

В 2005 году не зафиксировано ни одного случая передачи центральных районных больниц и городских поликлиник из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ (данные по 80 регионам).

В то же время сменили форму собственности (из муниципальной - в собственность субъекта РФ) 68 городских больниц в 9 регионах (из 80, предоставивших данные). Больше всего изменений произошло в Волгоградской области (передано 52 больницы). В 56% случаев (38 из 68) городские больницы меняли собственника с передачей недвижимого имущества из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ, а в 54% случаев (38 из 68) без передачи недвижимого имущества.

В 14 регионах имела практика финансирования из средств бюджета субъекта РФ муниципальных ЛПУ при оказании ими отдельных видов медицинской помощи. В 7 регионах для этой цели финансировались ЦРБ (всего 101 больница), в 11 – городские больницы (всего 79 больниц), в 5 – городские поликлиники (всего 83 поликлиники). Больше всего эта практика распространена в Тверской области (финансируется 35 ЦРБ, 19 городских больниц и 79 городских поликлиник), Псковской области (24 ЦРБ), Алтайском крае (11 ЦРБ, 19 городских больниц) и Ярославской области (15 ЦРБ, 4 городских больницы и 1 городская поликлиника).

7. Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную поддержку из федерального бюджета

7.1. Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную поддержку из федерального бюджета

Федеральный закон от 22 августа 2004 г. №122-ФЗ предоставил следующим категориям населения¹² право на бесплатное лекарственное обеспечение:

- инвалиды войны и приравненные к ним категории;
- участники Великой отечественной войны и приравненные к ним категории;
- ветераны боевых действий;
- инвалиды и дети инвалидов;
- лица, подвергшиеся воздействию радиации.

Ранее обеспечение льготников лекарствами производилось субъектами РФ за счет субсидий из федерального бюджета и собственных бюджетов и организовывалось каждым регионом самостоятельно. Общий объем расходов на лекарственное обеспечение льготников составил в 2004 году 7,9 млрд. руб. Этих средств было недостаточно для удовлетворения насущных потребностей этих категорий в медикаментозном лечении. При этом даже выписанные рецепты не обеспечивались лекарствами в полном объеме: уровень

¹² Указаны в ст.6.1 и 6.7 закона от 17.07.1999 №178-ФЗ и в Приложении №1 к Порядку предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 №328.

обслуживания рецептов составлял 63%. В федеральном бюджете 2005 года сумма расходов на оплату лекарственных средств льготникам была установлена в 6,4 раза больше.

С 2005 года лекарства стали предоставляться всем указанным категориям федеральных льготников бесплатно. Перечень лекарственных средств, предоставляемых льготникам, был существенно расширен. К началу года в него были включены 362 международных непатентованных наименований лекарственных средств и 1986 торговых наименований, а к концу года их число достигло соответственно 500 и 2346.

Принципиальные изменения произошли в механизмах финансирования лекарственного обеспечения. Субъектам РФ были оставлены права определить сеть аптечных учреждений, через которые медикаменты предоставляются льготникам, формировать запрос на необходимые лекарственные препараты. Выписка рецептов осуществлялась врачами государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений. Поставки же лекарственных средств в регионе производили дистрибьюторские компании, отобранные Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор). Для каждого субъекта РФ была определена компания, осуществляющая лекарственное обеспечение льготников. Был определен также список производителей (импортеров) препаратов, включенных в вышеуказанный перечень. На основе переговоров с компаниями, заинтересованными во включении в список, были установлены предельные размеры цен, по которым они обязывались предоставлять лекарства уполномоченным дистрибьюторским компаниям. Отобранные дистрибьюторские компании обязались поставлять без предоплаты лекарственные средства в регионы по их запросам. Оплата поставок производилась постфактум территориальными фондами ОМС за счет целевых средств, переданных им из Федерального фонда ОМС. Субъекты РФ были отстранены от выбора поставщиков и установления цен.

В 2005 году дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную поддержку из федерального бюджета, как правило, осуществлялось только через аптечные учреждения по утвержденному списку. Такая практика была в 78 регионах, что составляет 94% от общего числа (83), предоставивших сведения. И совсем редко, только в 5 регионах (6 % от общего числа) этот вид дополнительного лекарственного обеспечения осуществляется через общую аптечную сеть. Это Иркутская, Курская и Читинская области, Корякский автономный округ и Республика Алтай.

Наряду с этим в ряде регионов используются и другие формы предоставления этого вида лекарственного обеспечения, в том числе, через аптечные пункты/аптеки при ЛПУ (в 6 регионах), через медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений (в 13 регионах), через фельдшерско-акушерские пункты (в 1 регионе).

7.2. Практика формирования заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2005 году

Ранее размеры выписки лекарственных средств предопределялись заранее размерами их закупок за счет выделенных целевых средств. Органы управления здравоохранением доводили до сведения каждого ЛПУ и соответственно каждого участкового врача объемы препаратов различных наименований, которые те могли выписать своим больным в течение каждого месяца. В новом механизме врачи получили право самостоятельно определять объемы выписываемых препаратов. В выступлениях руководителей федеральных органов управления здравоохранением неоднократно подчеркивалось, что лимиты на объемы назначения лекарственных средств устанавливаться не будут.

При формировании заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из

федерального бюджета, активную роль играют сами ЛПУ и МОУЗ. Почти в половине случаев они, как правило, действительно, не имели ограничений по объему составляемых заявок. В более, чем трети случаев окончательный объем заявок, как правило, устанавливался в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ. В 10% случаев они руководствовались установленными РОУЗ предельными объемами (лимитами) заявок (см. таблицу 6). Имеется и практика (в 13% случаев) определения окончательного объема заявок в процессе переговоров, но с учетом установленных РОУЗ лимитов.

Таблица 6.

Распределение субъектов РФ по видам практики формирования заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2005 году

Практика взаимодействия ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	Число субъектов РФ
РОУЗ устанавливает лимиты, которые учитывают ЛПУ и МОУЗ	8
РОУЗ устанавливает лимиты, но окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров с ЛПУ и МОУЗ	10
Окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	25
ЛПУ и МОУЗ, как правило, не имеют ограничений по объему составляемых заявок	35

Источник: данные из 78 субъектов РФ.

7.3. Практика удовлетворения территориальным фондом обязательного медицинского страхования заявок лечебно-профилактических учреждений на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2005 году

При формировании заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета, важное значение имеет характер взаимодействия ТФОМС с РОУЗ, особенно степень самостоятельности последнего. В большинстве регионов (60%) ТФОМС полностью удовлетворяет заявки ЛПУ. В 16% регионов суммарный объем заявок ЛПУ определяется РОУЗ в процессе переговоров с ТФОМС. В 10% случаев ТФОМС устанавливает лимиты, которыми руководствуется РОУЗ при определении суммарного объема заявок ЛПУ. Практика, при которой окончательный объем заявок определяется в процессе переговоров, но с учетом установленных ТФОМС лимитов существует в 14% регионов (см. таблицу 7).

Таблица 7

Распределение субъектов РФ по видам практики удовлетворения территориальным фондом обязательного медицинского страхования (ТФОМС) заявок лечебно-профилактических учреждений на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2005 году

Практика взаимодействия ТФОМС и РОУЗ	Число субъектов РФ
ТФОМС устанавливает лимиты, которыми руководствуется РОУЗ при определении суммарного объема заявок ЛПУ	8

ТФОМС устанавливает лимиты, которыми руководствуется РОУЗ, однако суммарный объем заявок ЛПУ определяется РОУЗ в процессе переговоров с ТФОМС	11
Суммарный объем заявок ЛПУ определяется РОУЗ в процессе переговоров с ТФОМС, который не устанавливает лимиты	12
ТФОМС полностью удовлетворяет заявки ЛПУ	47

Источник: данные из 78 субъектов РФ.

8. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих социальную поддержку из бюджета субъекта Российской Федерации

8.1. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих социальную поддержку из бюджета субъекта РФ

В 2005 году лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, имело место в 81 регионе (из 83, предоставивших сведения). В двух регионах - Усть-Ордынском Бурятском автономном округе и Республике Бурятия взамен этого население получало единое денежное возмещение.

Рассматриваемое лекарственное обеспечение чаще всего осуществлялось только через аптечные учреждения по утвержденному списку. Такая практика была в 63 регионах, что составляет 78% от общего числа (83), предоставивших сведения. В 12 регионах (15% от общего числа) этот вид лекарственного обеспечения осуществлялся через общую аптечную сеть. В 3 регионах (4% от общего числа) - только через медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений. И только в 2 регионах (2% от общего числа) - только через аптечные пункты/аптеки при ЛПУ и через медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений.

В то же время в части регионов последние две формы сочетались с другими, основными, являясь по отношению к ним как бы дополнительными. Так, в 3 регионах, где рассматриваемое лекарственное обеспечение осуществляется через аптечные учреждения по утвержденному списку, имеет место и практика предоставления его и через аптечные пункты/аптеки при ЛПУ. А в 13 регионах предоставление этого вида лекарственного обеспечения через медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений сочетается с его оказанием через общую аптечную сеть или аптечные учреждения по утвержденному списку.

8.2. Закупка лекарственных средств для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ

В 2005 году закупка лекарственных средств для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, осуществлялась разными способами. В каждом регионе (из 78, предоставивших сведения), как правило, использовалось несколько способов (см. табл. 8). Чаще всего, в 72% регионов закупки совершались у дистрибьюторов и производителей по результатам открытых торгов, не так часто (41%) – у дистрибьюторов по выборукупающих, реже - непосредственно у производителей лекарственных средств (19%) и совсем редко у дистрибьюторов, выбранных органами управления здравоохранением (10%).

Таблица 8.

Распределение регионов по способам закупки лекарственных средств для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, в 2005 году

Способы закупки	Число субъектов РФ
Непосредственно у производителей лекарственных средств	15
У дистрибьюторов по выбору закупающих	32
У дистрибьюторов, выбранных органами управления здравоохранением	8
У дистрибьюторов и производителей по результатам открытых торгов	56

Источник: данные из 83 субъектов РФ.

8.3. Оплата лекарственных средств для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ в 2005 году

В 2005 году использовалось несколько форм оплаты лекарственных средств для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, при этом в подавляющем большинстве регионов одновременно применялось несколько из них. Чаще всего, в 50 регионах (60% от числа предоставивших информацию) оплата производилась органами управления здравоохранением субъекта РФ (РОУЗ) или социальной защиты. Реже - непосредственно лечебно-профилактическими учреждениями (27 регионов или 32%) и муниципальными органами управления здравоохранением (МОУЗ) или органами местного самоуправления (19 регионов или 23%). И совсем редко - территориальным фондом ОМС (9 регионов или 11%) и страховыми медицинскими организациями (5 регионов или 6%).

8.4. Практика формирования заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ в 2005 году

При формировании заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, ведущая роль принадлежит РОУЗ (см. табл. 9). Почти в половине регионов (48%), предоставивших информацию (73 региона), РОУЗ устанавливают лимиты, которые, как правило, учитывают государственные ЛПУ и МОУЗ. А в 20% регионов установленные лимиты учитываются в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ по определению окончательных объемов заявок. Только в 18% регионов государственные ЛПУ и МОУЗ, как правило, не имеют ограничений по объему составляемых заявок. И в 14% субъектов РФ окончательный объем заявок, как правило, устанавливается в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ.

Таблица 9.

Распределение субъектов РФ по видам практики формирования заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ в 2005 году

Практика формирования заявок	Число субъектов РФ
РОУЗ устанавливает лимиты которые учитывают ЛПУ и МОУЗ	35
РОУЗ устанавливает лимиты, но окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	15
Окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	10
ЛПУ и МОУЗ, как правило, не имеют ограничений по объему составляемых заявок	13

Источник: данные из 73 субъектов РФ.

9. Основные выводы

Проведенный анализ изменений в региональных системах финансирования и управления здравоохранением, произошедших в 2005 году, позволяет сделать следующие выводы.

1. 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. С 2005 года уплата взносов на ОМС неработающего населения отнесена к компетенции регионального уровня власти. В 2004-2005 годах федеральными органами оказывалось сильное давление на субъекты РФ, побуждающее их увеличивать размеры этих взносов, перечисляемых из региональных бюджетов. Размеры взносов на ОМС неработающего населения выросли, но доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения в регионах России в 2005 году практически не изменилась, составляя 47,5%. Дифференциация этого показателя и соответственно роли ОМС в региональных системах здравоохранения остается весьма высокой.

3. В 2005 году проявилось действие двух факторов, направленных на уменьшение различий между сформировавшимися в разных регионах моделями ОМС (различающимися по составу страховщиков, применяемым механизмам оплаты медицинской помощи и др.).

Во-первых, под сильным давлением федерального центра в 12 регионах были устранены административные препятствия к участию в ОМС страховых медицинских организаций, и эти регионы стали объектом экспансии преимущественно московских страховых компаний.

Во-вторых, расширение числа регионов, получающих средства из Пенсионного фонда на ОМС неработающих пенсионеров, сопровождалось унификацией методов оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

В результате различия между регионами в используемых моделях ОМС несколько уменьшились, но все еще остаются весьма существенными. Финансирование медицинских организаций в территориальных системах ОМС производится по разным правилам:

применяются 6 основных методов оплаты амбулаторной помощи и 5 методов оплаты стационарной помощи. Правда, сократилось количество регионов, в которых одновременно применялись разные методы для финансирования разных видов ЛПУ, то есть применение методов оплаты медицинской помощи в рамках территориальных систем ОМС стало более однородным.

4. Происходящие изменения в методах оплаты медицинской помощи в системе ОМС не могут быть однозначно оценены, как способствующие повышению эффективности использования ресурсов. Так, расширяющееся под давлением Пенсионного фонда применение метода оплаты амбулаторной помощи за количество посещений поощряет 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 использовался в нашей стране в 2004 году в 17 регионах, а в 2005 году – уже лишь в 12.

5. Развивается практика разработки стандартов оказания медицинской помощи. Число субъектов РФ, применяющих при расчете тарифов в системе ОМС. медико-экономические стандарты и методологию выделения клинико-статистических групп, достигло 32.

6. 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: Свердловской, Самарской, Кемеровской областях, Москве, Калужской, Калининградской областях, Приморском крае.

7. 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.

Система ОМС в нашей стране требует более решительной модернизации.

9. В 2005 году в организации лекарственного обеспечения во всех регионах произошли масштабные изменения, обусловленные реализацией федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения льготников. Механизмы ее реализации были разработаны без участия субъектов РФ; процесс отбора поставщиков лекарственных средств в регионы, организации их оплаты полностью контролируется федеральными органами управления и финансирования здравоохранения. Субъектам РФ были оставлены права определить сеть аптечных учреждений, через которые медикаменты предоставляются льготникам, и формировать запрос на необходимые лекарственные препараты.

Главным скрытым пока изъяном внедренного механизма является отсутствие определенных в явном виде форм регулирования объемов потребления лекарственных средств. Руководство министерства объясняло это желанием исчерпать отложенный спрос льготников на нужные им препараты и экспериментальным путем определить реальный объем потребностей льготников в лекарственном обеспечении. На практике примерно в трети регионов окончательный объем заявок ЛПУ на поставку лекарственных средств, выписываемых льготникам, устанавливался в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ. В 10% случаев они руководствовались установленными РОУЗ предельными объемами (лимитами) заявок

8. Масштабные изменения в региональных системах здравоохранения в 2005 году были связаны с реализацией нового законодательства о разграничении полномочий между уровнями власти. Оно передает ответственность за финансирование специализированных ЛПУ – на региональный уровень, а скорой и первичной медико-санитарной помощи – на

муниципальный. Это требует проведения масштабных преобразований в сети учреждений здравоохранения и в финансовом обеспечении указанных видов медицинской помощи. Процесс реструктуризации ЛПУ в соответствии с этими требованиями происходил в 2005 году почти в половине субъектов РФ. Остальная половина никаких преобразований пока не производила.

9. Сохраняются заметные различия между регионами по степени развитости управленческих механизмов, используемых для согласования политики субъектов управления и финансирования здравоохранения: РОУЗ, ТФОМС, МОУЗ.

В большинстве регионов взаимодействие РОУЗ и ТФОМС по-прежнему 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.

10. Различия в используемых механизмах согласования региональной и муниципальной политики по-прежнему выражены 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.

11. Сохраняются заметные различия между регионами в регулировании практики предоставления государственными и муниципальными ЛПУ платных медицинских услуг населению, лекарственного обеспечения «региональных льготников» и медицинских учреждений, оказывающих стационарную медицинскую помощь.

12. В целом, с точки зрения развитости практик использования различных механизмов государственного управления здравоохранением, среди российских регионов выделяются Нижегородская область, Белгородская область, Краснодарский край, Чувашская Республика, Липецкая область, Приморский край, Республика Башкортостан, Республика Бурятия, Республика Марий Эл, Республика Хакасия, Самарская область.

13. В 2005 году почти в половине регионов были осуществлены отдельные самостоятельные нововведения в организации управления и финансирования здравоохранения. Наиболее инновативными (по разнообразию нововведений) оказались Белгородская, Кемеровская, Московская, Новосибирская, Пермская области, Республика Карелия, Самарская, Тюменская области.

14. Сохраняется разнонаправленность наблюдаемых изменений. С одной стороны, происходит усиление централизованного контроля и развитие механизмов административного распределения ресурсов в региональных системах здравоохранения, с другой стороны - развитие координации и сотрудничества по вертикали и горизонтали и развитие институтов соизмерения затрат и результатов.