



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

Независимый институт
социальной политики



Организация финансирования и управления здравоохранением в регионах России в 2006 году. Общая характеристика

Авторский коллектив:

С.В. Шишкин – руководитель

Н.Б. Канатова

С.В. Селезнева

В.А. Чернец

Москва, 2007

Содержание

СОДЕРЖАНИЕ	2
ВВЕДЕНИЕ	4
1. ФИНАНСИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ НАСЕЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	4
2. ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	6
2.1. Роль системы ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ	6
2.2. Страховые медицинские организации в системе ОМС	7
2.3. Виды медицинских учреждений, финансируемых системой ОМС	7
2.4. Методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС	8
3. МЕХАНИЗМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ РЕГИОНАЛЬНЫМИ СИСТЕМАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	14
3.1. Механизмы согласования политики региональных органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС	14
3.2. Механизмы согласования региональной и муниципальной политики	16
3.3. Применение информационных технологий в управлении здравоохранением	18
3.4. Механизмы регулирования лекарственного обеспечения	22
3.5. Регулирование оказания платных медицинских услуг	23
4. ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	24
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	31
5.4. Подготовка пилотного эксперимента в 2007 г.	32
6. РЕСТРУКТУРИЗАЦИЯ ЛПУ В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О РАЗГРАНИЧЕНИИ ПОЛНОМОЧИЙ МЕЖДУ УРОВНЯМИ ВЛАСТИ	34
6.1. Направления реструктуризации	34
6.2. Специализированные ЛПУ и структурные подразделения в составе многопрофильных ЛПУ, переданные в 2006 году из муниципальной собственности в собственность субъекта Российской Федерации	36
6.3. ЛПУ для обеспечения скорой помощи, переданные в 2006 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность	38
6.4. ЛПУ для обеспечения первичной медико-санитарной, переданные в 2006 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность	38
6.5. Реструктуризация многопрофильных ЛПУ	38
7. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ПОЛУЧАЮЩИХ ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА	39
7.1. Дополнительное лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную поддержку из федерального бюджета	39
7.2. Практика формирования заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2006 году	39
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 2006 году	40
8. ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН, ПОЛУЧАЮЩИХ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	42
8.1. Лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих социальную поддержку из бюджета субъекта РФ	42

8.2. ЗАКУПКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ СУБЪЕКТА РФ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РФ	42
8.3. ОПЛАТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ СУБЪЕКТА РФ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РФ В 2005 ГОДУ	42
8.4. ПРАКТИКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАЯВОК ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ НА ЛЕКАРСТВА ДЛЯ НАСЕЛЕНИЯ СУБЪЕКТА РФ, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ ИЗ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РФ В 2005 ГОДУ	43
9. ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ	44

Используемые сокращения:

ДЛО - дополнительное лекарственное обеспечение;

КСГ - клинико-статистическая группа;

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение;

МОУЗ – муниципальный орган управления здравоохранением;

МЭС – медико-экономический стандарт;

ОМС – обязательное медицинское страхование;

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь;

РОУЗ – региональный орган управления здравоохранением;

РФ – Российская Федерация;

СРФ – субъект Российской Федерации;

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Введение

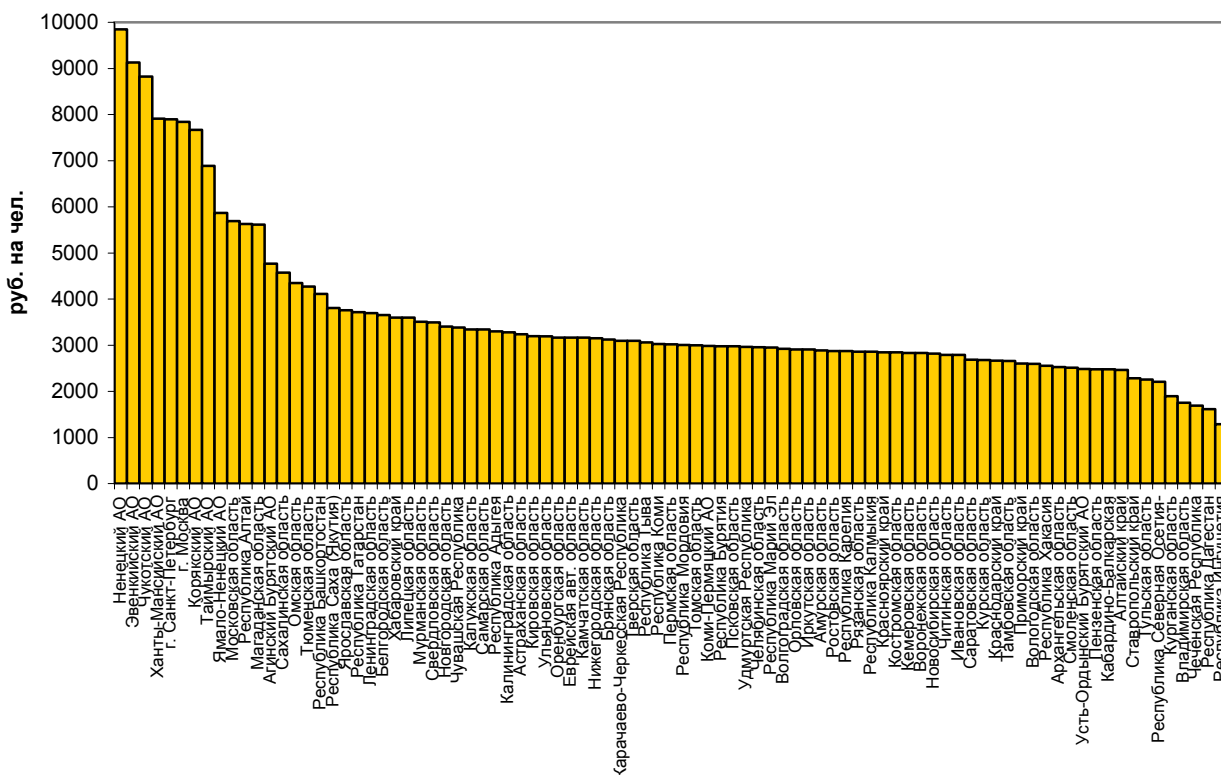
В настоящем обзоре представлены общая характеристика существующих различий в механизмах финансирования и управления здравоохранением на региональном уровне и направлений трансформации этих механизмов в 2006 году и в два предшествующих года. Анализ выполнен на основе информации, содержащейся в базе данных «Реализация реформы здравоохранения в субъектах Российской Федерации». Источником информации послужили заполненные органами управления здравоохранением субъектов РФ информационные справки, специально разработанные для целей создания базы данных.

1. Финансирование территориальных программ государственных гарантий оказания населению медицинской помощи

Размеры государственного финансирования (бюджетные ассигнования и средства системы ОМС) территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека достигли в 2006 г. 5245 руб.. По сравнению с 2005 г. (3903 руб.) рост в реальном выражении составил 17%, то есть соответствовал размерам реального роста государственных расходов на здравоохранение в целом (16%).

Рисунок 1.

Размеры государственного финансирования здравоохранения в субъектах РФ в 2006 году, руб*. на чел.



* - За счет средств бюджетов субъектов РФ и системы ОМС, с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги.

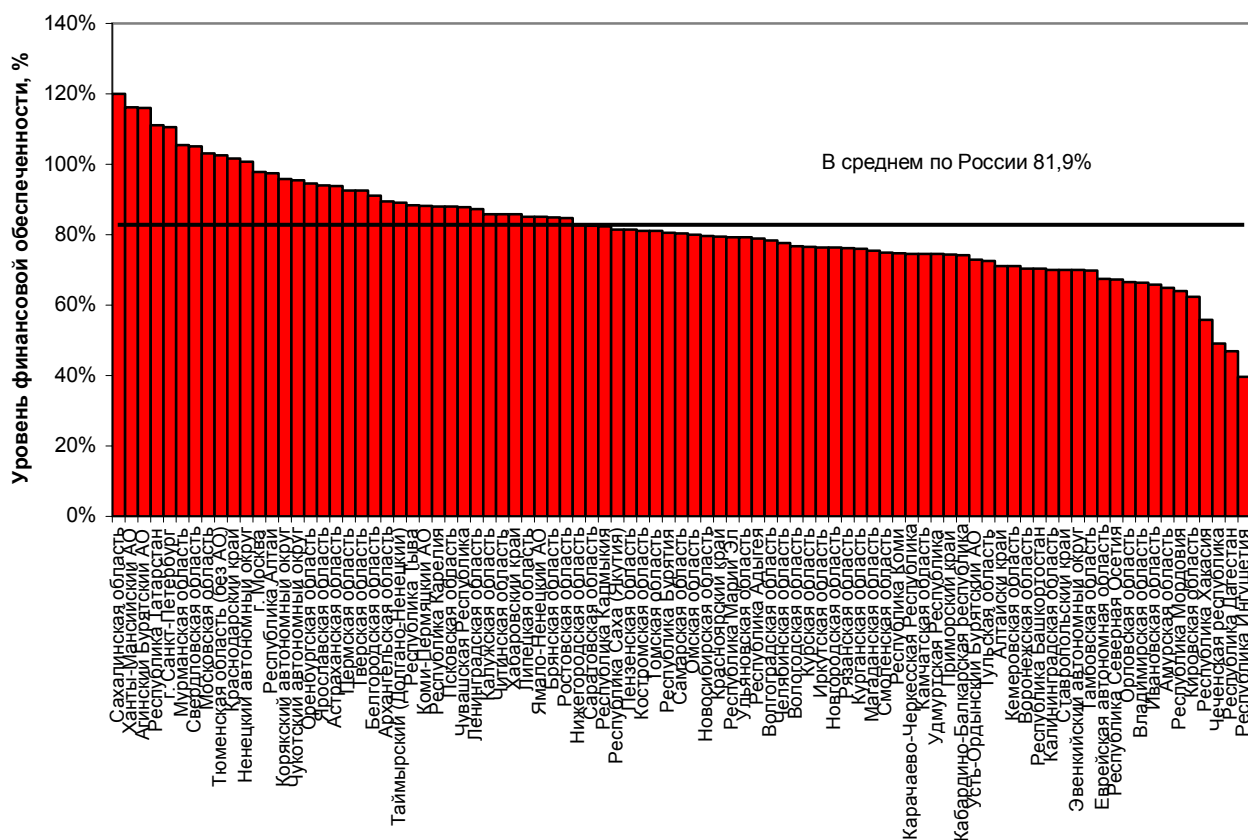
Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Сохраняется существенное неравенство субъектов РФ по уровню финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий (см. рис. 1): в первых пяти наиболее обеспеченных регионах (Ненецкий, Эвенкийский, Чукотский, Ханты-Мансийский автономные округа, Санкт-Петербург) эти величины (с учетом коэффициентов удорожания условной единицы бюджетной услуги) в 2006 году более чем в 5 раз превышали уровень расходов в пяти наименее обеспеченных регионах (Республика Ингушетия, Республика Дагестан, Чеченская Республика, Владимирская и Курганская области).

Несмотря на такой рост государственных расходов средний по регионам уровень финансовой обеспеченности территориальных программ (то есть отношение размеров финансирования этих программ к рассчитанной величине их стоимости) вырос с 79% в 2005 г. лишь до 82% в 2006 г.. Только в 11 субъектах РФ рассматриваемый показатель достигал в 2006 году 100% и более (Сахалинская область, Ханты-Мансийский и Агинский Бурятский автономные округа, Республика Татарстан, Санкт-Петербург, Мурманская, Свердловская, Московская, Тюменская области Краснодарский край, Ненецкий автономный округ). 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 2006 году, %



Источник: данные из 89 субъектов РФ.

2. Организация обязательного медицинского страхования

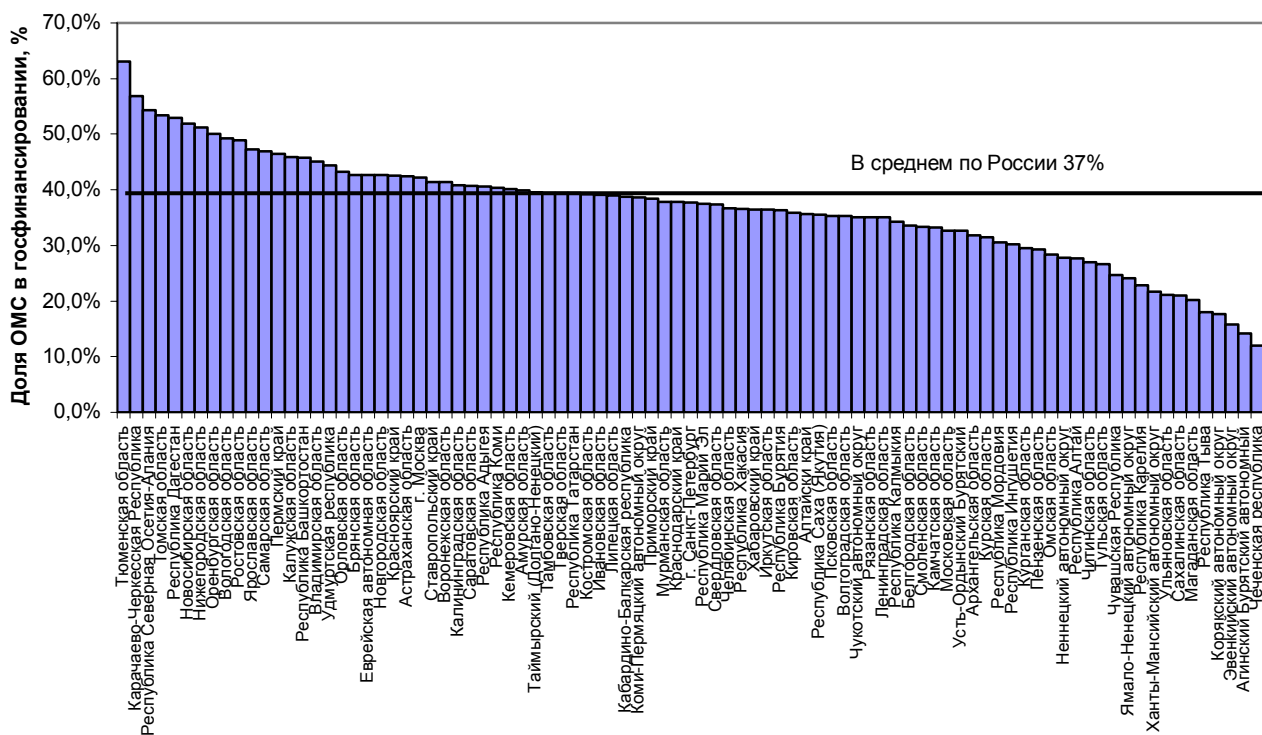
2.1. Роль системы ОМС в государственном финансировании здравоохранения в субъектах РФ

В 2006 в развитии системы ОМС в регионах наблюдались разнонаправленные тенденции. С одной стороны, доля средств ОМС в финансировании территориальных программ государственных гарантий в среднем по стране заметно снизилась, составив всего 37% по сравнению с 46% в 2005 г. (2004 г. – 47%).

С другой стороны, в 10 регионах были предприняты действия по переходу к одноканальной системе финансирования медицинской помощи, предусмотренной территориальными программами ОМС. Это означает концентрацию большей части государственных средств в системе ОМС. В числе регионов, где доля ОМС выше 50% - Тюменская область (63%), Карачаево-Черкесская Республика (57%), Республика Северная Осетия-Алания (54%), Томская область (53%), Республика Дагестан (53%), Новосибирская область (52%), Нижегородская область (51%), и Оренбургская область (50%). Как и в 2005 г. лидером в движении к одноканальной системе финансирования выступает Тюменская область (доля средств ОМС в государственном финансировании здравоохранения составила в 2005 г. 77%). Самарская область, которая занимала лидирующие позиции во внедрении ОМС в 90-е годы и концентрировала в системе ОМС более 90% государственных средств, в 2006 году была уже во втором десятке регионов по значению данного показателя (47%).

Рисунок 3.

Доля средств ОМС в государственном финансировании территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению в субъектах РФ в 2006 году, %



Источник: данные из 89 субъектов РФ.

Дифференциация регионов по показателю доли средств ОМС в финансировании территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению и соответственно роли ОМС в региональных системах здравоохранения остается весьма высокой (см. рис. 3).

2.2. Страховые медицинские организации в системе ОМС

В 2006 году продолжились изменения в организационной структуре системы ОМС за счет устранения под сильным давлением федерального центра административных барьеров для деятельности страховых медицинских организаций. Доля регионов, в которых в качестве страховщиков в системе ОМС действовали только страховые медицинские организации, как это и предусмотрено законом о медицинском страховании, составлявшая еще в 2004 г., менее половины, теперь превысила три четверти (см. табл. 1). В прошедшем году частные страховщики внедрили в территориальные системы ОМС Смоленской области, Республики Северная Осетия-Алания, Республики Тыва, Корякского автономного округа. Осталось лишь 4 региона, в которых в системе ОМС нет страховых медицинских организаций, а функции страховщика выполняет ТФОМС: Республика Ингушетия, Таймырский (Долгано-Ненецкий), Чукотский и Эвенкийский автономные округа.

Таблица 1.

Распределение территориальных моделей ОМС, различающихся по роли страховых медицинских организаций

Организации, выполняющие функции страховщиков в системе ОМС в субъекте РФ в 2006 году	Доля регионов, имеющих данную модель, %		
	2004	2005	2006
Территориальный фонды ОМС и его филиалы	24	10	5
Филиалы Территориального фонда ОМС и страховые медицинские организации	27	36	18
Только страховые медицинские организации	49	53	77

Источник: 2004 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 83 субъектов РФ.

2.3. Виды медицинских учреждений, финансируемых системой ОМС

Перечень видов медицинских учреждений, финансируемых из средств ОМС, неодинаков для регионов страны (см. табл. 2). Так, в Агинском Бурятском, Корякском Таймырском, Чукотском автономном округах из средств ОМС по-прежнему финансируются только больничные учреждения несмотря на то, что там имеются самостоятельные амбулаторно-поликлинические учреждения. В 88% регионов из средств ОМС финансируются как стационарные, так и амбулаторно-поликлинические учреждения. В 8% регионов 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 состав таких регионов в 2005 входили Еврейская, автономная область, Республика Мордовия и Тюменская область, в 2006 г. к ним прибавились Красноярский край, Псковская область, Республика Алтай и Удмуртская республика.

Таблица 2.

Типы государственных (муниципальных) учреждений, услуги которых оплачивались за счет средств ОМС в 2006 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	Центральные (районных, городских)	Областные	Специализированные	Кардиологические	Кожно-венерологические	Наркологические	Онкологические	Противотуберкулезные	Психоневрологические						
услуги учреждений финансировались за счет ОМС	63	68	74	75	77	48	26	56	4	59	8	4	73	7	69	27	59	10
услуги учреждений не финансировались за счет ОМС	14	11	3	2	2	26	37	21	69	17	67	70	3	69	6	34	20	67

Примечание: в таблице, в каждом столбце указано число регионов, ответивших на соответствующие вопросы информационной справки.

Источник: данные из 83 субъектов РФ.

2.4. Методы оплаты медицинской помощи в системе ОМС

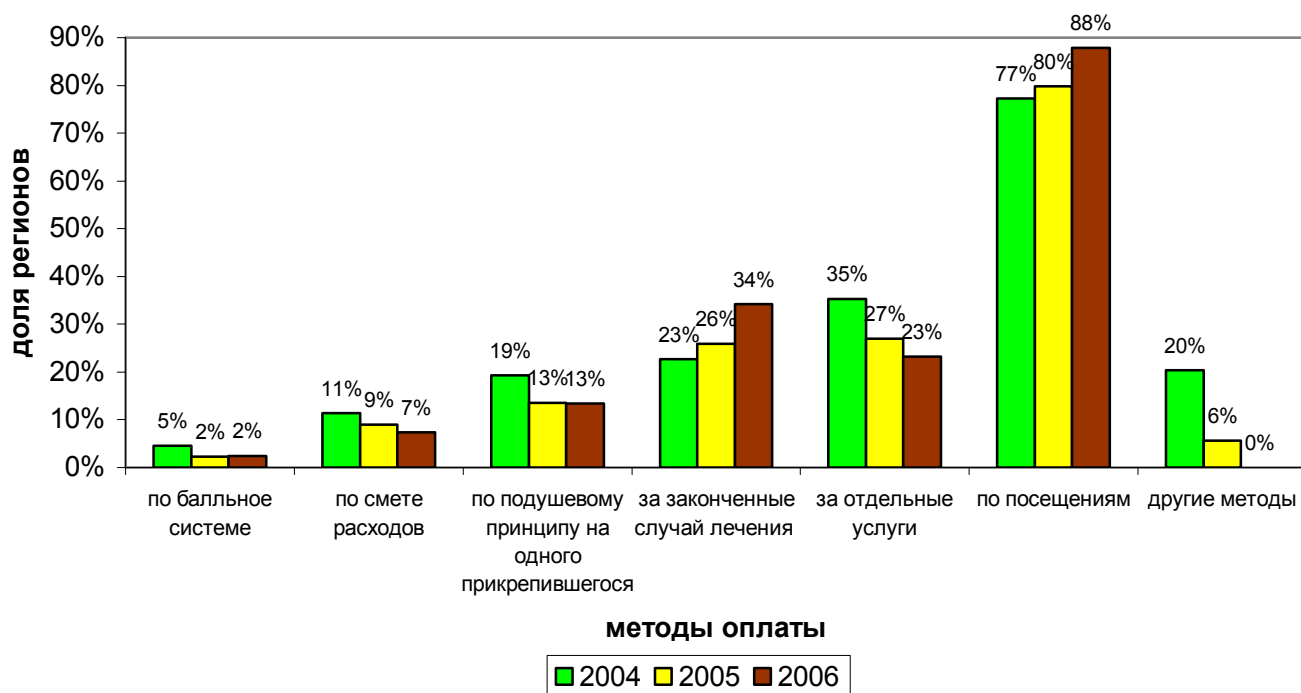
В территориальных системах ОМС используются 6 основных методов оплаты амбулаторной помощи (по смете расходов, по посещениям, по балльной системе, за отдельные услуги, за законченный случай лечения, по подушевому принципу на одного прикрепившегося) и 5 основных методов оплаты стационарной помощи (по смете 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 большинстве регионов одновременно используются несколько методов оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, и если в 2005 г. число таких регионов сократилось, то в 2006 г., оно, наоборот, выросло.

В 2004-2006 гг. расширялось применение оплаты по посещениям (см. рис. 4): если в 2004 г. этот метод использовался в 77% регионов, то в 2006 г. – в 88%. К переходу на этот метод оплаты регионы подталкивались в 2003-2005 гг. со стороны Пенсионного фонда (это было условием вхождения в эксперимент по софинансированию ОМС пенсионеров, проведенный в 2003-2005 гг. и охвативший 36 регионов), а затем – Минздравсоцразвития РФ, преследовавших цель связать размеры финансирования амбулаторной помощи с измеримыми показателями ее объемов. 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 использовался в 2006 г. лишь в 13% регионов (19% в 2004 г.). В числе изменений, произошедших в 2006 г., следует также отметить некоторое увеличение доли регионов, применяющих метод оплаты за законченные случаи лечения – до 34% (26% в 2005 г.).

Рисунок 4.

Распространенность методов оплаты амбулаторной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2004-2006 гг., в %*



* В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты

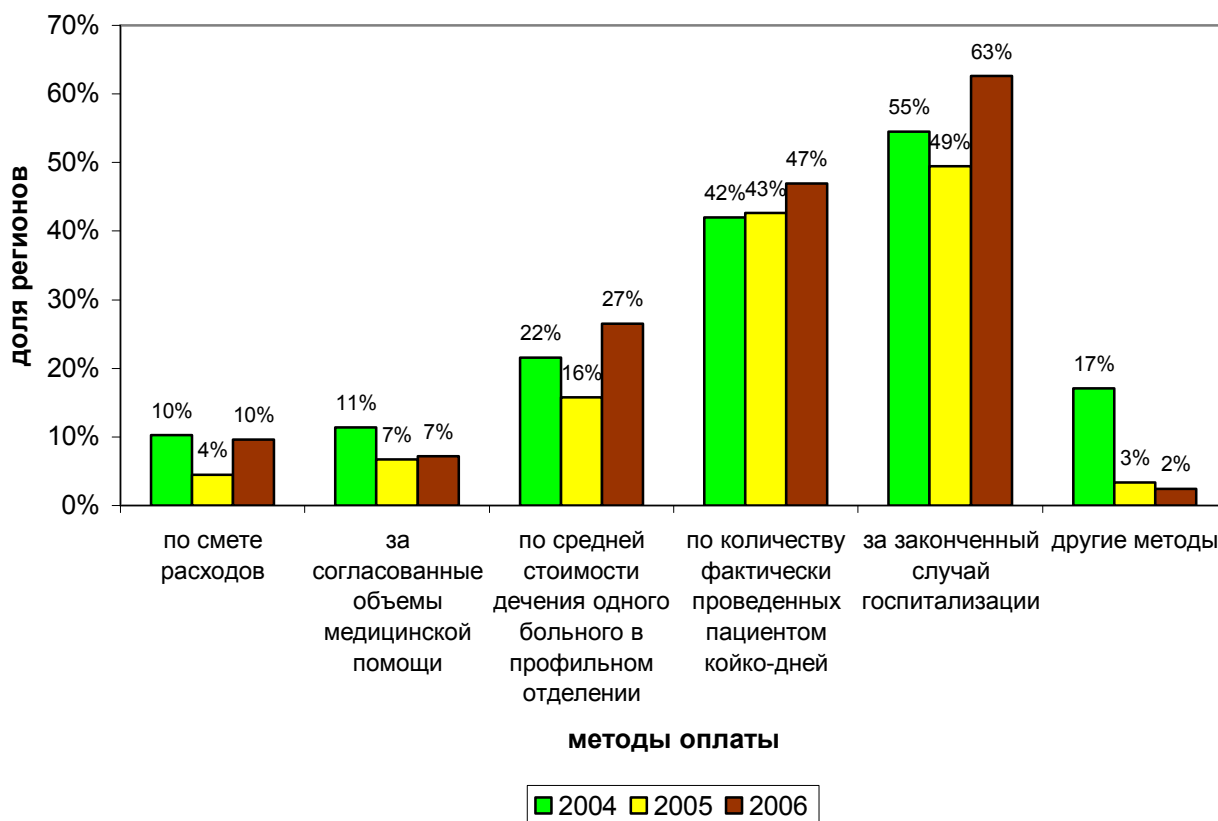
Источник: 2004 г. - данные из 88 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 82 субъектов РФ.

Среди методов оплаты стационарной помощи (см. рис. 5) значительно расширилось применение оплаты за законченный случай госпитализации: в 2005 г. он использовался в 49% регионов, а в 2006 г. – уже в 63%. Обращает на себя внимание увеличение в последние три года доли регионов, применяющих метод оплаты по количеству фактически проведенных пациентом койко-дней с 42% в 2004 г. до 47% в 2006 г.. Он ориентирует стационары на поддержание максимального числа коек, рост госпитализаций и длительности лечения. Расширилось применение метода оплаты по средней стоимости лечения больного в профильных отделениях. Но этот метод не обеспечивает адекватного учета различий в расходах на лечение заболеваний разной сложности. Между тем метод оплаты за согласованные объемы медицинской помощи, который позволяет более адекватно учесть

реальную сложность оказываемой помощи и создать стимулы у стационаров к повышению эффективности использования ресурсов, применялся лишь в 7% регионов (в Кемеровской, Костромской, Самарской, Тульской областях, Чувашской Республике).

Рисунок 5.

Распространенность методов оплаты стационарной помощи в системе ОМС в субъектах РФ в 2004-2006 гг., в %*



* В субъекте РФ могут одновременно применяться несколько методов оплаты.

Источник: 2004 г. - данные из 88 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 83 субъектов РФ.

Следует также отметить, что в 7% субъектов РФ средства ОМС используются для оплаты амбулаторно-поликлинической помощи методом финансирования ЛПУ по смете расходов, а в 10% регионов 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.

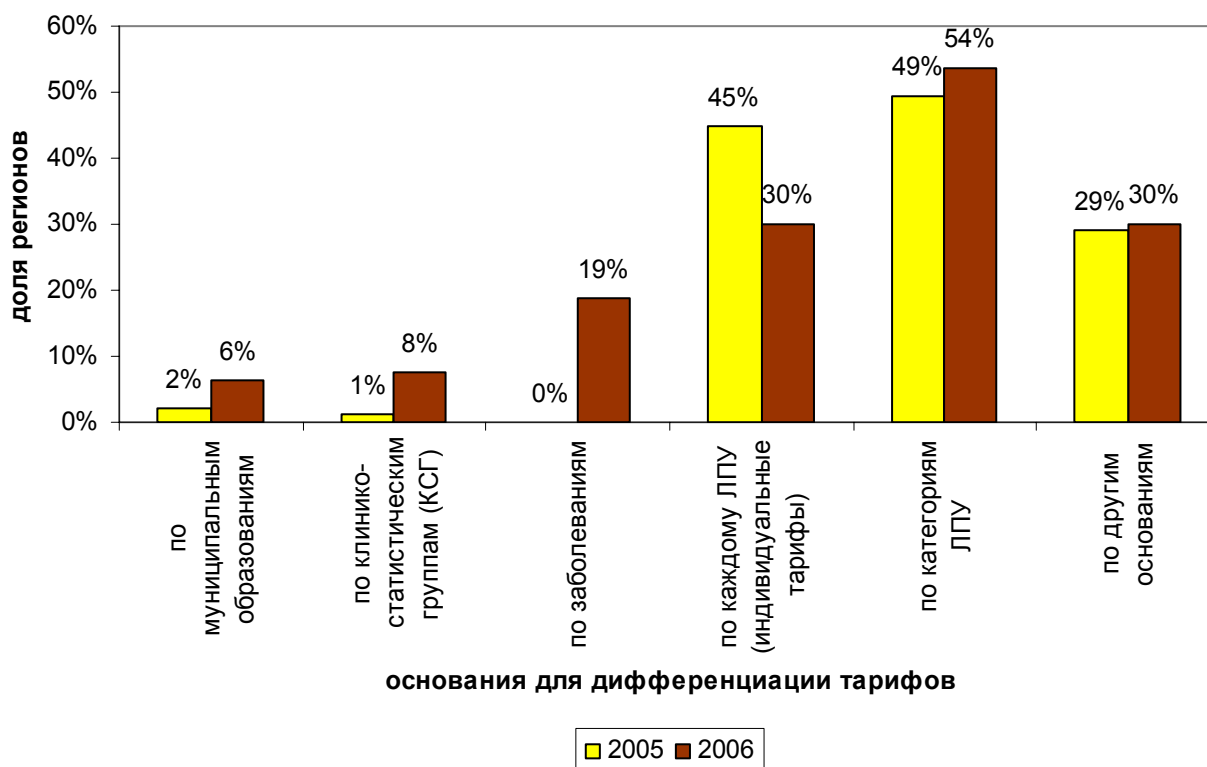
Эффективность применения методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС зависит от степени разработанности нормативно-методической базы, регулирующей объемы предоставляемых медицинских услуг. В 2006 году получила развитие практика разработки медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, выделения клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний и использования этого инструментария при расчете тарифов в системе ОМС. Число субъектов РФ, применяющих эту методологию, достигло в 2006 г. 36 (в 2004 г. – 27, в 2005 г. - 32). При этом в 10 субъектах РФ используются развитые системы КСГ (более 270 КСГ): к Брянской области, Республике Коми, Калужской области, Приморском крае, Республике Татарстан, Ростовской области, Самарской области добавились Астраханская, Воронежская области и Санкт-Петербург.

В 17 субъектах РФ используются развитые системы стандартов (более 500 разработанных стандартов): в Белгородской, Владимирской, Калининградской, Кемеровской областях, Краснодарском крае, Курганской и Курской областях, г. Москве, Новосибирской области, Республике Башкортостан, Республике Саха (Якутия), Саратовской, Свердловской, Тамбовской, Тюменской областях, Удмуртской Республике, Чукотском автономном округе.

Дифференциация тарифов на медицинские услуги в территориальных системах ОМС осуществляется по разным основаниям. Пока преобладают достаточно простые способы дифференциации: на амбулаторно-поликлиническую помощь - по категориям ЛПУ; на стационарную помощь – также по категориям ЛПУ и по профилям отделений стационаров (см. рис. 6,7). Причем доля регионов, использующих эти способы дифференциации тарифов, заметно выросла в 2006 г. Почти в трети регионов для ЛПУ устанавливаются индивидуальные тарифы на оплату амбулаторной и стационарной помощи. Этот метод ориентирует на возмещение фактически сложившихся затрат каждого ЛПУ и обесценивает принцип оплаты их работы по результирующим показателям. Правда, в качестве позитивного сдвига нужно отметить значительное сокращение доли регионов, в которых такая дифференциация тарифов применялась при оплате амбулаторной помощи: с 45% в 2005 г. до 30% в 2006 г. Однако доля регионов, использующих такую дифференциацию при оплате стационарной помощи, не уменьшилась.

Рисунок 6.

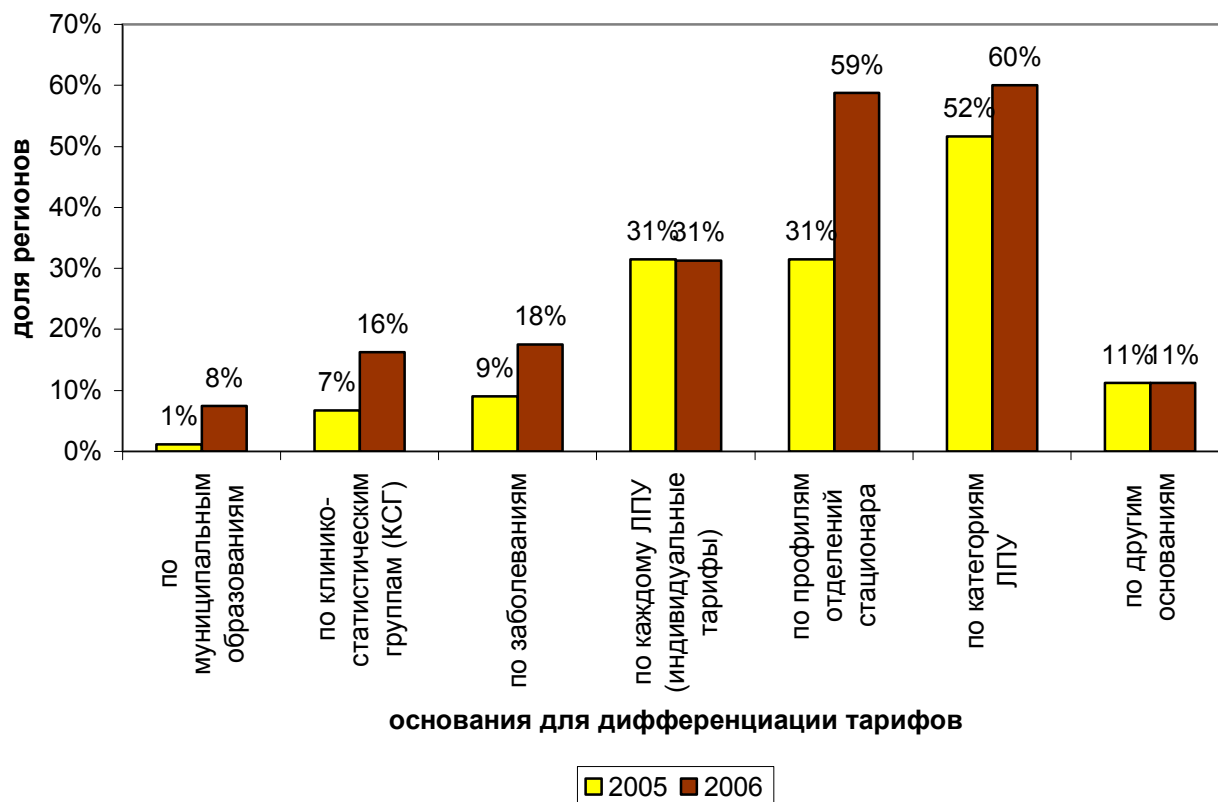
Дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС в субъектах РФ в 2005-2006 гг.*



* Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям.

Источник: 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ; 2006 г. – данные из 80 субъектов РФ.

**Дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи стационаров в системе
ОМС в субъектах РФ в 2005-2006 гг.***



* Дифференциация может производиться сразу по нескольким основаниям.

Источник: 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ; 2006 г. – данные из 80 субъектов РФ.

Методы дифференциации тарифов, более адекватно учитывающие различия в сложности проводимого лечения (по клинико-статистическим группам, по случаям заболеваний) используются пока в очень небольшом числе регионов, но в 2006 г. их число возросло. В четырех регионах в 2006 г. (в 2005 г. – только в одном) устанавливали тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической помощи по клинико-статистическим группам: в Калужской области, Карачаево-Черкесской Республике, Приморском крае, Свердловской области. Применительно к оплате стационарной помощи этот метод использовался в 9 регионах: Астраханской, Брянской, Воронежской, Калужской, Самарской областях, Республике Коми, Ставропольском крае, Удмуртской Республике, Эвенкийском автономном округе (в 2005 г. – в 6). В 15 регионах применялась дифференциация тарифов на оплату амбулаторной помощи по заболеваниям (в 2005 г. ни один из регионов не указал этого), и в 14 проводилась дифференциация по заболеваниям тарифов на оплату стационарной помощи (в 2005 г. – в 8).

Несмотря на отмеченные позитивные изменения, в целом существующая практика дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС обеспечивает воспроизводство сложившейся в медицинских учреждениях структуры оказания медицинской помощи и не создает стимулов к ее изменению в целях повышения эффективности и качества.

Ограниченный объем средств, аккумулируемых в системе ОМС, обуславливает практику использования «неполных» тарифов для оплаты медицинской помощи, то есть тарифов, предназначенных для возмещения лишь части видов расходов медицинских учреждений, связанных с ее оказанием. Практически во всех субъектах РФ, из средств ОМС возмещаются затраты на оплату труда, и на увеличение стоимости материальных запасов, то есть на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря, продуктов питания и др. (см. табл. 3) В 2005 г. в подавляющем большинстве регионов средства ОМС использовались для увеличения стоимости основных средств (приобретение нового оборудования и др.), но в 2006 г. их доля резко сократилась – до 54%. 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 – на оплату прочих услуг.

Таблица 3.

Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС в 2005-2006 гг.

Виды затрат ЛПУ, возмещаемые из средств ОМС	Код бюджетной классификации ¹	Доля субъектов РФ, в которых из средств ОМС возмещается данный вид затрат	
		2005	2006
Оплата труда и начисления на оплату труда	210	99	99
Услуги связи, транспортные услуги ²	221,222	9	7
Коммунальные услуги	223	3	4
Приобретение прочих услуг ³	224,225,226	51	53
Увеличение стоимости основных средств ⁴	310	89	54
Увеличение стоимости нематериальных активов ⁵	320	8	6
Увеличение стоимости материальных запасов ⁶	340	98	96

Источник: 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, : 2006 г. - данные из 81 субъекта РФ.

¹ Согласно экономической классификации расходов бюджетов Российской Федерации, утвержденной приказом Минфина России от 10.12.2004 № 114н.

² Расходы ЛПУ по найму транспортных средств для доставки медикаментов, перевязочных средств, продуктов питания, денежной наличности, для иных хозяйственных нужд.

³ 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.

⁴ Расходы ЛПУ на приобретение оборудования, капитальный ремонт

⁵ Расходы ЛПУ на приобретение программного обеспечения, баз данных и др.

⁶ 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

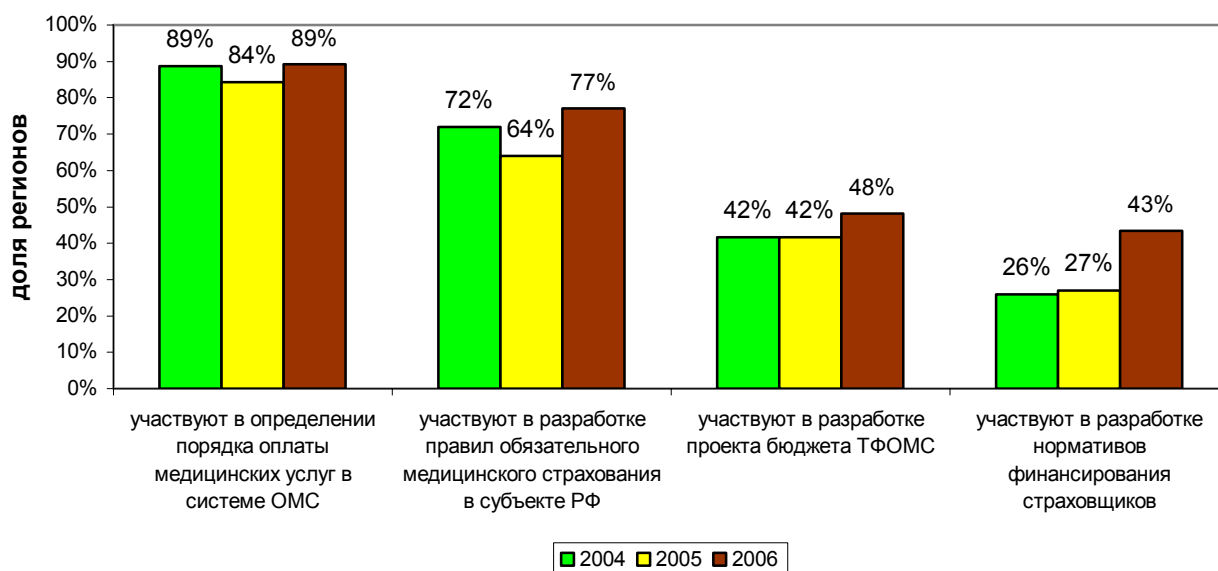
Для согласования политики региональных органов управления здравоохранением и территориальных фондов ОМС используются три основных механизма: вхождение руководителей РОУЗ в состав правления ТФОМС, участие РОУЗ в разработке концептуальных и нормативных документов ТФОМС, текущий административный контроль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

Первые руководители РОУЗ входят в состав правлений ТФОМС в 95% регионов (в 2005 г. – в 99%)⁷. От других субъектов РФ по этой характеристике отличаются: Республика Алтай, Новосибирская область, Приморский край и Рязанская область. В то же время в Приморском крае 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 10% регионов (в 2004 году – только в 4%, в 2005 году в 15%).

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 28% регионов (в 2004 году – в 38%, в 2005 году в 27%).

Рисунок 8.

Формы участия региональных органов управления здравоохранением в формировании политики территориальных фондов ОМС в 2004 – 2006 годах



Источник: 2004 г. - данные из 88 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 89 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 83 субъектов РФ.

⁷В этом разделе приведены данные, основанные на информационных справках РОУЗ, полученных из 83 регионов (в 2004 году – из 88, в 2005 году – из 89).

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. Динамика форм участия РОУЗ в формировании политики ОМС в 2004 – 2006 годах представлена на рис.8.

Почти везде РОУЗ участвуют в разработке территориальной программы ОМС, в определении порядка оплаты медицинских услуг в системе ОМС. Большинство РОУЗ принимают участие в разработке правил обязательного медицинского страхования в субъекте РФ

Существенно реже РОУЗ участвуют в разработке проекта бюджета ТФОМС. Наименее распространенная форма взаимодействия регионального органа управления здравоохранением с территориальным фондом обязательного медицинского страхования - это участие РОУЗ в разработке нормативов финансирования страховщиков или филиалов ТФОМС, выполняющих функции страховщиков, хотя за прошедший год доля регионов, в которых эта практика существует, увеличилась с 27% до 43%.

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 66% регионов (в 2005 году - в 60%).

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 72% регионов (в 2004 году – в 95%, в 2005 году - в 83%), РОУЗ участвует в контроле за исполнением бюджета ТФОМС в процессе подготовки и проведения заседаний правления ТФОМС. Обсуждение исполнения бюджета ТФОМС на коллегиях РОУЗ проходит в 56% регионов (в 2004 году в 58%, в 2005 году – в 45%). Регулярное участие РОУЗ в контроле за квартальными и/или месячными отчетами встречается сравнительно редко. Эта практика зафиксирована лишь в 38% регионов (в 2004 году – в 35%, в 2005 году – в 24%).

В целом можно отметить возрастание роли региональных органов управления здравоохранением в управлении территориальными системами обязательного медицинского страхования.

Наибольшая степень развитости механизмов согласования политики регионального органа управления здравоохранением и территориального фонда ОМС по вышеперечисленным индикаторам отмечена в следующих регионах: Саратовская область, Курганская область, Курская область, Новосибирская область, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Бурятия, Республика Карелия, Республика Тыва.

В некоторых регионах используются и другие механизмы согласования политики регионального органа управления здравоохранением и территориального фонда: участие в обсуждении исполнения бюджета ТФОМС на заседании областной Думы, исполнения бюджета ТФОМС - на заседаниях Правления ТФОМС, проблем ОМС - на аппаратных совещаниях у вице-губернатора, курирующего вопросы здравоохранения.

В Волгоградской области создана рабочая группа, включающая представителей РОУЗ и ТФОМС, и утвержден сетевой график мероприятий по совершенствованию нормативно-правовой базы системы обязательного медицинского страхования на территории области.

Во многих регионах созданы координационные советы и рабочие группы, включающие представителей РОУЗ и ТФОМС, для реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Например, в Смоленской области созданы совместные рабочие группы по реализации блоков мероприятий: выполнение государственного задания по оказанию гражданам РФ дополнительной медицинской помощи; дополнительная

диспансеризация работников бюджетной сферы; силами РОУЗ и ТФОМС проводятся совместные выездные проверки муниципальных ЛПУ.

В Республике Хакасия заключено соглашение о взаимодействии Министерства здравоохранения Республики Хакасия и территориального фонда обязательного медицинского страхования по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». Кроме того, здесь организуются совместные проверки по обоснованности госпитализации, организации ДЛО, дополнительной диспансеризации.

В Томской области создана рабочая группа по реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области на 2006-2008 годы», в состав которой входят представители Департамента здравоохранения и территориального фонда ОМС.

В Омской области работает Комиссия (с участием представителей РОУЗ и ТФОМС) по разработке государственных и муниципальных заданий по обеспечению государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

В Республике Карелия создана Республиканская межведомственная (согласительная) комиссия по обязательному медицинскому страхованию, в состав которой входят представители РОУЗ и ТФОМС.

В Смоленской области и в Кировской области РОУЗ еженедельно получает информацию о работе фонда ОМС.

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 при разработке территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению;
- 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 из бюджета субъекта РФ
- 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, в первую очередь относятся Республика Башкортостан, Тамбовская область, Ростовская область, Курская область, Новгородская область, Удмуртская Республика. В этих регионах объемы медицинской помощи, оказываемой учреждениями здравоохранения одних муниципальных образований жителям других муниципальных образований, учитываются при расчете показателей территориальной программы государственных гарантий, и, 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

В вышеназванных регионах 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 76% регионов (в 2004 году – в 75%, в 2005 году – в 75%)⁸. Однако выделение этих объемов в составе показателей территориальной программы государственных гарантий производится лишь в 22% регионов (в 2004 году – в 26%, в 2005 году – 23%).

Несмотря на нормы нового законодательства о разграничении полномочий, повсеместное распространение имеет 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 70% регионов «как правило» и в 18% регионов «иногда» (в 2004 году – соответственно в 89% и 5%, в 2005 году – в 75% и 12%).

На практике по-прежнему широко распространено и согласование районными органами власти с РОУЗ назначения и освобождения от должности руководителей районных органов управления здравоохранением. Такая практика имеет место в 70% регионов «как правило», а в 12% регионов - «иногда» (в 2004 году – соответственно в 83% и 11%), в 2005 году – в 71% и 17%). Согласование с РОУЗ назначения и освобождения от должности руководителей городских органов управления здравоохранением тоже до сих пор практикуется, но происходит немного реже, чем в сельских муниципальных образованиях: «как правило» - в 60% регионов, «иногда» - в 17% регионов (в 2004 году – соответственно в 69% и 20%, в 2005 году – соответственно в 61% и в 17%).

В 67% регионов действуют соглашения о взаимодействии между региональным органом управления здравоохранением, ТФОМС и органами местного самоуправления для оказания медицинской помощи жителям муниципальных образований. В 2006 году подписано 6 таких соглашений.

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 34% регионов, «иногда» - в 37%, (в

⁸ В этом разделе приведены данные, основанные на информационных справках РОУЗ, полученных из 76 регионов (в 2004 году – из 65, в 2005 году из – 83).

2004 году – соответственно в 35% и в 44%, в 2005 году – соответственно в 33% и в 37%). Городские власти - еще реже: «как правило» - в 33% регионов, «иногда» - в 37% регионов (в 2004 году – соответственно в 23% и в 57%, в 2005 году – соответственно в 26% и в 40%) .

При разработке территориальных программ государственных гарантий РОУЗ планируют объемы медицинской помощи, оказываемой муниципальными системами здравоохранения. В 86% регионов это планирование осуществляется РОУЗ совместно с большей частью МОУЗ, в 8% регионов – с участие некоторых МОУЗ (в 2005 году – соответственно в 87% и в 6% регионов).

Существенно увеличилось участие РОУЗ в планировании размеров субсидий, субвенций, дотаций муниципальным бюджетам из бюджета субъекта РФ. На использование такой практики указали 71% регионов (в 2004 году – 57%, в 2005 году – 29%).

Продолжают использоваться различные организационные формы взаимодействия органов управления здравоохранением в административных центрах субъектов РФ с РОУЗ. Их руководители участвуют в коллегиях и других совещаниях, организуемых РОУЗ несколько раз в год в 86% регионов, один раз в год в 7% регионов (в 2004 году – соответственно в 83% и 9%, в 2005 году – соответственно в 87% и в 7%). 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 57% регионов, один раз в год в 22% регионов (в 2004 году – соответственно в 55% и 26%, в 2005 году – соответственно в 65% и в 12%). Главы местного самоуправления бывают на коллегиях РОУЗ несколько раз в год в 64% регионов, один раз в год в 29% регионов (в 2004 году – соответственно в 51% и 38%, в 2005 году – соответственно в 65% и в 19%).

В 72% регионов (в 2004 году в 88%, в 2005 году – в 76%) 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.

Следует отметить хорошую оснащенность компьютерами большинства российских ЛПУ: в 83% регионов (в 2005 году – в 76%) компьютеры имеются в большинстве ЛПУ, в 37% регионов (в 2005 году – в 31%) созданы компьютерные сети в большинстве ЛПУ, а в 59% регионов такие сети есть в некоторых ЛПУ (в 2005 году – всего в 11%). Практика использования этого компьютерного парка для электронного обмена информацией расширяется: уже в 76% регионов (в 2005 г. – в 67%) материалы РОУЗ рассылаются по электронной почте большинству МОУЗ, и в 78% регионов (в 2005 году – в 61%) большинство МОУЗ отправляют по электронной почте в РОУЗ отчетные и другие материалы (см. рис. 9).

Рисунок 9.

Распространенность использования информационных технологий в региональных системах здравоохранения в 2004-2006 годах



Источник: 2004 г. - данные из 65 субъектов РФ, 2005 г. - данные из 83 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 83 субъектов РФ.

Расширяется использование телемедицины. Телемедицинские центры и кабинеты существуют в 60% регионов (в 2005 году – в 55%), телемедицинские консультации и конференции проводятся в 67% регионов (в 2005 году – в 60%), тогда как в 2004 году лишь в 35% регионов имелся опыт использования различных форм телемедицины. Однако относительно редко – в 32% регионов (в 2005 году – в 23%) проводятся интернет-конференции и интернет-совещания.

В ряде регионов имеется интересный опыт применения новых информационных и информационно-аналитических технологий. Так, в Алтайском крае для оперативного управления здравоохранением используется автоматизированная система «Мониторинг (ежеквартальный) состояния здоровья населения и деятельности ЛПУ». В Амурской области функционирует автоматизированная система мониторинга туберкулеза с индивидуальным учетом всех больных.

В Волгоградской области внедрен комплексный программный продукт «АЦК-финансы», с помощью которого автоматизирована обработка документов по кассовым

поступлениям и расходованию бюджетных средств в государственных и, частично, в муниципальных учреждениях здравоохранения, а также средств, получаемых от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности. В Воронежской области осуществляется автоматизированный «Персоналифицированный учёт работников, занятых на работах с вредными и опасными факторами, прошедших медицинские осмотры».

В Москве функционирует более 10 автоматизированных информационных и информационно-аналитических систем, в том числе осуществляющих, мониторинг здоровья детского населения, сбор и анализ результатов проведения целевой диспансеризации детского населения, оперативный учёт, контроль и анализ состояния загруженности коечного фонда стационаров.

В Ивановской области используется более 20 автоматизированных систем. Здесь, в частности, ведётся мониторинг за ходом проведения дополнительной диспансеризации населения, осуществляется формирование справочников ЛПУ и врачей по ДЛО, функционирует АИС формирования сводного прогноза объёма закупок (государственный заказ), собирается и анализируется информация по артериальной гипертензии, по нефрологической заболеваемости, внедрены АСУ по фтизиатрии, онкологии, психиатрии.

В Кемеровской области функционирует более 10 автоматизированных информационных систем, в том числе «Высокотехнологическая медицинская помощь», «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов», «Учёт родовых сертификатов и формирование реестра на оплату», «Мониторинг оснащения диагностическим оборудованием, выделенным в рамках ПНП Здоровье», «Материально-техническое обеспечение. Транспортные средства».

В Красноярском крае функционируют информационно-аналитические системы «Атлас здоровья Красноярского края», «Реструктуризация сети медицинских учреждений Красноярского края». В Курганской области ведётся регистр врачей, имеющих право выписки рецептов в рамках программы ДЛО. В Курской области внедрена программа мониторинга ДЛО. В Липецкой области функционирует автоматизированная система «Госзакупки». В Магаданской области используется автоматизированная система учёта лекарственного обеспечения граждан, пользующихся правом на получение набора социальных услуг.

В Ненецком АО реализуется окружная целевая программа «Развитие информационных технологий в системе обязательного медицинского страхования на 2006-2007 годы». В Нижегородской области осуществляется мониторинг деятельности лечебно – профилактических учреждений областного подчинения.

В Приморском крае внедрена программа контроля выписанных рецептов с учетом анализа оказанных медицинских услуг в рамках ОМС.

В Республике Марий Эл ведутся сводные базы данных по пролеченным больным в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, компьютерные регистры больных по отдельным заболеваниям (сахарный диабет, артериальная гипертензия, гепатиты В и С), регистров льготников для обеспечения бесплатными и льготными медикаментами, внедрена автоматизированная система мониторинга реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

В Саратовской области ведутся сводные базы «Дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях», «Диспансеризации граждан по врачам специалистам». В области сформирован реестр участковых терапевтов, участковых педиатров, врачей общей (семейной) практики, а также реестр специалистов женских консультаций, родильных домов и перинатальных центров.

В Свердловской области ведутся электронные регистры по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, по ДЛО. В городе Невьянск осуществляется пилотный проект «Электронная карта пациента». В Ставропольском крае функционируют АИС по формированию регистра участковых врачей и медицинских сестер; по формированию регистра врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, акушеров и специалистов скорой медицинской помощи. В Томской области создан персонифицированный регистр беременных женщин и детей в возрасте до 1 года.

В Тульской области внедрена автоматизированная система «Сбор данных по исполнению национального проекта». В Тюменской области функционирует система учета дополнительного лекарственного обеспечения по льготным рецептам. В Удмуртской Республике внедрены: Мониторинг использования медицинской техники, поступившей в рамках реализации ПНП «Здоровье»; Мониторинг использования дорогостоящего медицинского оборудования.

Во многих регионах внедрена автоматизированная информационная система мониторинга медицинских изделий (АИС ММИ), разработанная Всероссийским научно-исследовательским и испытательным институтом медицинской техники Росздравнадзора, используемая в лечебных учреждениях и позволяющая осуществлять контроль поставок и использования диагностического оборудования, санитарного автотранспорта и диагностических средств, поступающих в регион в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

Информационные технологии используются в процессе взаимодействия РОУЗ с МОУЗ и ЛПУ. Так, в Волгоградской области создана система документооборота между Комитетом по здравоохранению и 98 подведомственными медицинскими и образовательными учреждениями, использующая сайт Комитета. В Кемеровской области используется сайт департамента охраны здоровья населения для обмена информацией с МОУЗ. В Смоленской области функционирует система электронного документооборота между всеми ЛПУ и органами управления здравоохранением области. В Тюменской области организованы защищенные каналы связи ЛПУ с МИАЦ Департамента здравоохранения. В Чувашской Республике имеется практика использования технологии автоматического приема отчетных данных от муниципальных и государственных учреждений здравоохранения по электронной почте.

Развивается применение современных TV- и IT-технологий. В Алтайском крае внедрена региональная телемедицинская сеть, осуществляющая перинатальный телемониторинг. В Воронежской области организована телемедицинская связь областных учреждений с 13 центральными районными больницами. В Республике Коми внедрена система телемедицинских консультаций в педиатрии. В Удмуртской Республике телемедицинские технологии используются для повышения квалификации организаторов здравоохранения.

В Приморском крае имеется опыт проведения аппаратных совещаний Департамента здравоохранения администрации края с применением IT-технологий. Здесь же поводится консультирование руководителей ЛПУ с применением IT-технологий.

В целом, по всем вышеописанным параметрам, наиболее высокий уровень развитости информационных технологий в управлении здравоохранением отмечается в Кемеровской, Новосибирской, Оренбургской, Самарской, Томской и Тульской областях, Приморском крае, Чувашской Республике.

3.4. Механизмы регулирования лекарственного обеспечения

В 2006 году продолжалась реализация федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения. Это является предметом отдельного рассмотрения в разделе 7.

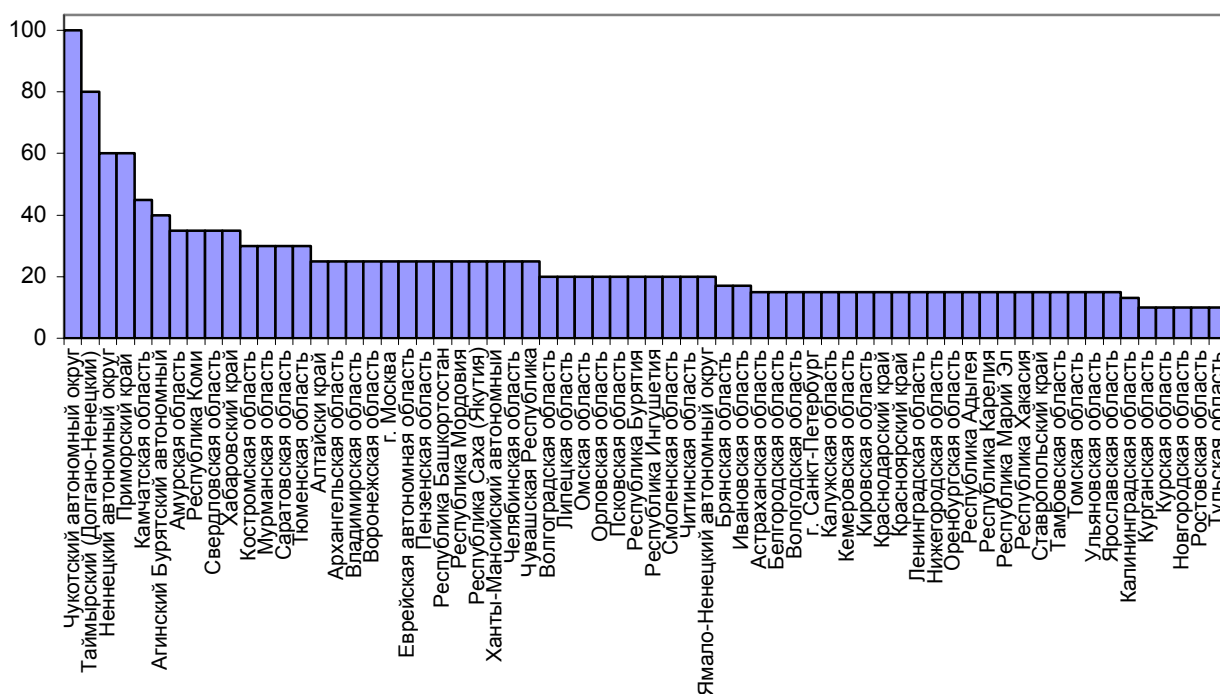
Среди других механизмов регулирования лекарственного обеспечения наиболее часто используются:

- 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.

Почти повсеместно субъекты РФ используют предоставленное им законодательством право устанавливать предельные размеры оптовых и розничных надбавок. Такие надбавки установлены в 93% от общего числа регионов, предоставивших сведения⁹ (в 2005 году в 96% от общего числа предоставивших сведения). Их значения колеблются от 5% до 100% (в 2005 году - от 8% до 80%) для оптовых надбавок (см. рис. 10), и от 5% до 100% (в 2005 году - от 15% до 100%) - для розничных (см. рис. 11).

Рисунок 10.

Предельные размеры оптовых надбавок к ценам закупки лекарственных средств, установленные в субъектах РФ, 2006 г., %

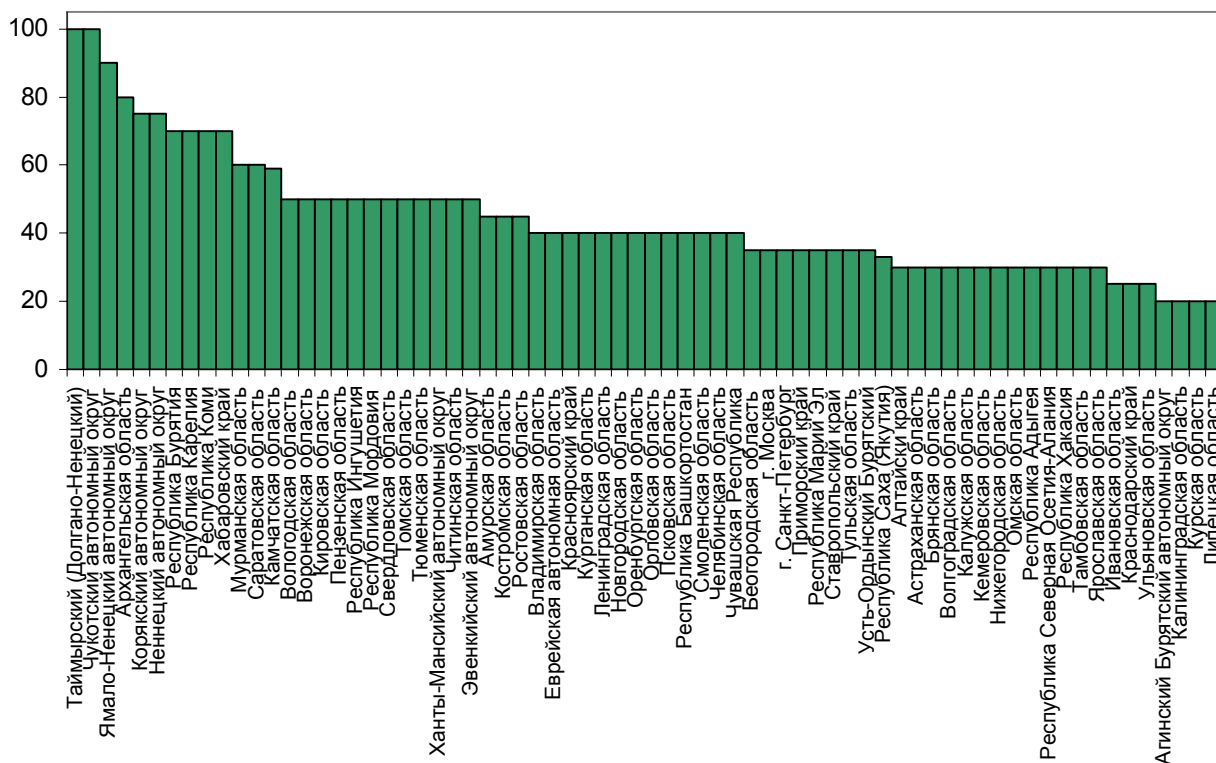


Источник: данные из 68 субъектов РФ.

⁹ 76 регионов

Рисунок 11.

Предельные размеры розничных надбавок к ценам закупки лекарственных средств, установленные в субъектах РФ, 2006 г., %



Источник: данные из 71 субъекта РФ.

В 86% субъектов РФ существует практика централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств регионального бюджета (в 2005 году – в 91%). Практика централизованных закупок лекарственных средств для стационаров, производимых за счет средств обязательного медицинского страхования используется в 86% регионов (в 2005 году – в 73%). Такой же примерно уровень распространенности получили региональные фармацевтические формуляры, они имеются в 71% регионов (в 2005 году - в 70%) и несколько меньший - региональные перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, содержащие дополнения к федеральному перечню (утверждены в 64% регионов, а в 2005 году - в 53%).

К числу регионов, отличающихся по вышеописанным индикаторам сравнительно высоким уровнем развитости механизмов регулирования лекарственного обеспечения, относятся: Калининградская, Кемеровская, Липецкая, Магаданская, Новгородская, Орловская, Псковская, Смоленская, Тамбовская, Ульяновская и Челябинская области; Красноярский и Приморский края; Республика Адыгея, Республика Бурятия, Республика Тыва, Удмуртская Республика, Чувашская Республика, Ханты-Мансийский автономный округ, Чукотский автономный округ, Еврейская автономная область.

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 нормативными актами субъекта РФ, либо приказами регионального органа управления здравоохранением (РОУЗ) или же обоими указанными типами документов. Такие нормативные документы имеются в 83% регионов (в 2005 году - в 84% регионов).

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 70% регионов (в 2004 году - в 81%, в 2005 году – в 67%). Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по месту оказания медицинских услуг встречается реже – только в 45% регионов (в 2004 году - в 41%, в 2005 году – в 35%).

Лишь в 12% регионов РОУЗ директивно определяют тарифы на платные услуги государственных ЛПУ. В 66% регионов они устанавливаются самими ЛПУ по согласованию с региональным органом власти. И только в 16% регионов государственные ЛПУ полностью самостоятельно определяют цены на свои платные услуги. Это распределение не изменилось по сравнению с 2005 г.

Совсем редко, всего в 4% регионов, региональные органы власти утверждают тарифы на платные медицинские услуги в муниципальных ЛПУ (в 2005 году в 7%). Здесь нормоустанавливающую функцию выполняют органы местного самоуправления. Они определяют тарифы в 24% регионов (в 2005 году в 13%), в 66% регионов тарифы устанавливаются ЛПУ по согласованию с региональным органом власти (РОУЗ) и/или органами местного самоуправления (в 2005 году в 72%), и только в 5% регионов ЛПУ полностью самостоятельно определяют цены на свои платные услуги (в 2005 году – также в 5%).

К числу регионов, отличающихся сравнительно высоким уровнем развитости методов регулирования ценообразования на платные медицинские услуги, относятся Ленинградская область, Новосибирская область, Ростовская область. Удмуртская Республика и Читинская область.

4. Общественные организации в системе здравоохранения

В подавляющем большинстве российских регионов (в 83%) существуют ассоциации медицинских работников (в 2005 году - в 80%). В четырех регионах действуют не менее десяти ассоциаций медицинских работников в каждом (в Санкт-Петербурге - 30, в Рязанской области - 18, в Иркутской области -10, в Волгоградской области -10).

Ассоциации пациентов существуют в существенно меньшем числе регионов – в 42% регионов (в 2005 году - в 31%). Имеется 2 региона, в каждом из которых создано более десяти ассоциаций пациентов. Это Рязанская область (18 ассоциаций) и Санкт-Петербург (10 ассоциаций).

Только в 33% регионов имеются ассоциации страховщиков. На территории двух регионов (Калининградская область и Свердловская область) действуют по две таких ассоциации.

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

В 2006 году нововведения в организации финансирования и управления здравоохранением происходили во всех субъектах РФ, но большая их часть была обусловлена реализацией федерального законодательства о разграничении полномочий и выполнением приоритетного национального проекта «Здоровье». Но почти в половине регионов (в 43) имели место отдельные нововведения, осуществленные по собственной инициативе. Наиболее инновативными (по разнообразию нововведений) оказались Белгородская область, Московская область, Республика Марий Эл, Саратовская область, Томская область.

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 2006 году получила дальнейшее распространение практика заключения соглашений между РОУЗ, ТФОМС и органами местного самоуправления о взаимодействии по оказанию медицинской помощи населению региона; такие соглашения заключены еще в пяти регионах: Красноярском крае, Пензенской области, Приморском крае, Республике Башкортостан и Республике Марий Эл.

В ряде регионов (Архангельская, Владимирская, Новгородская и Тюменская области, Республика Коми, Республика Марий Эл, Ставропольский край) заключены соглашения между РОУЗ и исполнительными органами местного самоуправления о взаимодействии и координации по реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

В Самарской области заключено Соглашение между Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области, Управлением Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Самарской области и Главой городского округа Новокуйбышевск по реализации Проекта «Внедрение механизмов управления по результатам в системе взаимодействия органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации, территориальных органов, федеральных органов исполнительной власти и органов местного самоуправления муниципальных образований (с апробацией на примере министерства здравоохранения Самарской области, территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и органов местного самоуправления городского округа Новокуйбышевск)». В рамках этого проекта разработан Административный регламент взаимодействия Министерства здравоохранения и социального развития Самарской области, Управления Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по Самарской области, Территориального Фонда обязательного медицинского страхования Самарской области, органов местного самоуправления городского округа Новокуйбышевск «Планирование, исполнение и оценка результатов деятельности в сфере здравоохранения городского округа Новокуйбышевск».

В Ставропольском крае заключены соглашения о намерениях по совместному сотрудничеству между министерством здравоохранения Ставропольского края и главами отдельных администраций органов местного самоуправления муниципальных образований по реализации в 2006 году ведомственной целевой программы «Приоритетные направления развития здравоохранения в Ставропольском крае на 2005-2006 годы».

Развитие форм координационного управления

В субъектах РФ продолжается создание различных региональных советов, в работе которых участвуют представители РОУЗ, МОУЗ и органов местного самоуправления. В 2006 году чаще всего создавались координационные советы по реализации приоритетных национальных проектов, в первую очередь, проекта «Здоровье».

Координационные советы по реализации приоритетных национальных проектов в 2006 году были созданы в 23 регионах (Алтайский край, Волгоградская область, Воронежская область, Костромская область, Калужская область, Кировская область, Корякский АО, Краснодарский край, Курганская область, Липецкая область, Магаданская область, Оренбургская область, Республика Бурятия, Республика Карелия, Республика Коми, Республика Марий Эл, Республика Саха (Якутия), Самарская область, Саратовская область, Смоленская область, Томская область, Тюменская область, Удмуртская Республика). А в 3 регионах созданы соответствующие рабочие группы (Ненецкий АО, Ханты-Мансийский АО – Югра) и межведомственные комиссии (Камчатская область).

В Волгоградской области создана согласительная комиссия для решения спорных вопросов по осуществлению денежных выплат врачам общей (семейной) практики, участковым терапевтам, участковым педиатрам и медицинским сестрам с учетом объема и качества оказываемой медицинской помощи.

Координационные советы и комиссии создавались и для решения других задач. Так, в Белгородской области были созданы Наблюдательные Советы при главах местного самоуправления и главах поселений, в работе которых участвуют представители региональных и муниципальных органов управления здравоохранением.

В Саратовской области создана «Межведомственная комиссия по реализации демографической политики при Правительстве Саратовской области», основная задача которой - обеспечение взаимодействия между федеральными органами государственной власти, органами государственной власти области, органами местного самоуправления, общественными объединениями, научными и другими организациями при рассмотрении вопросов, связанных с реализацией демографической политики. В области создан также Координационный совет по контролю за реализацией программы "Развитие стратегии лечения населения Российской Федерации, уязвимого к ВИЧ/СПИДу". В 2006 году внедрена система ежемесячной оценки результативности деятельности руководителей лечебно-профилактических учреждений области, руководителей здравоохранения районов области и медицинских работников первичного звена.

В Республике Хакасия создана Межведомственная комиссия по охране здоровья граждан при Правительстве Республики Хакасия.

В Тамбовской области создана Межведомственная комиссия администрации области по профилактике и предупреждению и распространению на территории области социально-значимых заболеваний.

В Эвенкийском автономной округе созданы Межведомственная комиссия по вопросам урегулирования взаимоотношений участников дополнительного лекарственного обеспечения и Комиссия по разработке заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Эвенкийского автономного округа.

Одной из форм координационного управления является участие представителей РОУЗ в работе советов глав муниципальных образований, учреждаемых при губернаторах. Такие советы были созданы в 2006 г. в Астраханской области и Приморском крае.

5.2. Нововведения в организации финансирования здравоохранения

5.2.1. Изменения в организации финансирования здравоохранения, обусловленные федеральной политикой

В 2006 году по сравнению с 2005 годом изменения в механизмах финансирования здравоохранения на региональном уровне были связаны главным образом с реализацией федеральных законов о разграничении полномочий и национального проекта «Здоровье». К их числу относятся:

- изменения в источниках финансирования специализированных ЛПУ и станций скорой помощи, которые были переданы с одного уровня власти на другой;
- введение надбавок к заработной плате работников первичного звена, осуществляемых за счет средств федерального бюджета, направляемых через федеральный и территориальные фонды ОМС;
- финансирование проведения дополнительной диспансеризации ряда категорий населения, осуществляемое за счет средств федерального бюджета, Федерального фонда ОМС, Фонда социального страхования РФ, направляемых через территориальные фонды ОМС и территориальные отделения Фонда социального страхования;
- введение родовых сертификатов для оплаты медицинской помощи женщинам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения на период беременности и родов за счет средств Фонда социального страхования РФ.

В 2006 г. эксперимент Пенсионного фонда не был продолжен. Вместо Пенсионного фонда дополнительные средства на оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам стали выделяться из федерального бюджета и направляться в Федеральный фонд ОМС, который распределял их между территориальными фондами ОМС в соответствии с численностью неработающих пенсионеров и с учетом уровня финансовой обеспеченности.

Число инициативных нововведений в механизмах финансирования здравоохранения на региональном уровне значительно сократилось в 2006 г. по сравнению с 2004 и 2005 гг.¹⁰.

5.2.2. Нововведения в механизмах финансового планирования и оплаты медицинской помощи

Внедрение механизма размещения муниципального заказа-задания на предоставление медицинских услуг начато в 2006 году в Усть-Ордынском Бурятском автономном округе. В ряде регионов, в частности, в Амурской, Курской, Смоленской областях, было продолжено начатый ранее процесс внедрения этого механизма.

Совершенствование рассматриваемого механизма проводилось в Кемеровской, Кировской, Орловской, Тюменской областях, Ямало-Ненецком автономном округе.

В Московской области осуществлялось планирование и согласование объемов медицинской помощи и расчет нормативов по окружному принципу (в округ входят несколько муниципальных образований и городских округов).

¹⁰ В 2006 г., в отличие от двух предыдущих, источником информации служили формы, заполняемые органами управления здравоохранением, а ранее – также и территориальными фондами ОМС, в которых, как правило, содержалась более полная информация о нововведениях в механизмах финансирования. По-видимому, это обстоятельство повлияло на объем представленных в 2006 г. данных.

Развитие методов планирования объемов медицинской помощи в рамках разработки территориальных программ государственных гарантий отмечено в нескольких регионах.

В Архангельской области внедрена практика планирования объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на основе согласования объемов с администрациями муниципальных образований и руководителями учреждений здравоохранения и их согласования в форме заказа-задания.

В Кировской области государственные ЛПУ стали использовать метод программно-целевого планирования бюджетных услуг при планировании объемов и средств на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий.

В Псковской области внедрены методы планирования объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, обеспечивающие учет реальной оперативной активности на стационарных койках на основе классификатора оперативных вмешательств. Установление реестра оказанной оперативной медицинской помощи, выполняемых государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

В Республике Марий Эл планы-задания по амбулаторно-поликлинической помощи стали устанавливаться на основе утвержденной функции врачебной должности.

В Республике Татарстан планирование муниципальных заказов-заданий на оказание амбулаторно-поликлинической помощи стали проводить с детализацией по видам посещений: лечебно-диагностические первичные и повторные, профилактические, диспансерные, посещения на дому, посещения врачей общей практики, посещения к стоматологам, посещения в консультативных поликлиниках республиканских учреждений.

В Томской области при планировании объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи был осуществлен переход от принципа планирования объемов медицинской помощи в муниципальных образованиях исходя из ресурсных показателей учреждений здравоохранения (кочный фонд, штаты и пр.), к принципу подушевого планирования на основе оценки потребности населения в том или ином виде медицинских услуг. Внедрение стандартов и системы направления пациентов от участкового врача (врача общей практики) привело к упорядочиванию понимания «платности/бесплатности» медицинских услуг: все, что регламентировано стандартом, а так же выполнено по направлению лечащего врача – бесплатно.

В Тюменской области при планировании объемов амбулаторно-поликлинической помощи в ее составе стали выделять объемы законченных случаев лечения, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения, с учетом оперативного вмешательства (амбулаторная хирургия).

В Удмуртской Республике при планировании объемных показателей, используемых в территориальной программе государственных гарантий, стали учитываться не только нормативные значения, но и фактические обращения жителей Удмуртской Республики в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. В целях совершенствования технологии расчета бюджетной потребности и повышения уровня достоверности характеристик учреждений, используемых для расчета бюджетной потребности, Минздравом Удмуртии проводилась работа по внедрению системы индикативного планирования финансовых затрат на основе единых стандартов и норм расходов по отрасли «Здравоохранения».

Изменения в механизмах финансирования ЛПУ из региональных и местных бюджетов. Большинство из них были обусловлены реализацией законодательства о разграничении полномочий и национального проекта «Здоровье».

Специализированные медицинские учреждения (патолого-анатомические бюро, бюро судмедэкспертизы, станции переливания крови, психиатрические больницы и диспансеры, наркологические, кожно-венерологические, отделения СПИД), ранее финансировавшиеся из муниципальных бюджетов, переведены на финансирование из средств областных бюджетов. При этом в отдельных регионах не происходило передачи указанных видов учреждений (подразделений) из муниципальной собственности в государственную собственность субъекта РФ. Однако 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 имела место, в частности, в Псковской области, Ставропольском крае.

В Оренбургской области внедрен механизм определения плана-задания по высокотехнологичным видам медицинской помощи для муниципальных ЛПУ за счет средств областного бюджета.

Нововведения в финансировании ЛПУ, обусловленные выполнением национального проекта «Здоровье», связаны с поступлением средств из федерального бюджета, направляемых на финансирование мероприятий проекта (денежные выплаты медицинским работникам первичного звена, оплата дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы, и др.) как через систему ОМС, так и через бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты, и систему социального страхования (родовые сертификаты и оплата дополнительной диспансеризации и осмотров ряда категорий работающих граждан).

В Тамбовской области использован новый источник бюджетного финансирования: из фонда софинансирования социальных расходов выделяются субвенции на частичное возмещение расходов на консультативно-диагностические центры.

Переход к одноканальному финансированию ЛПУ предусматривает, что возмещение расходов на оплату труда, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов, продуктов питания и мягкого инвентаря, связанных с оказанием медицинской помощи, включенной в территориальную программу ОМС, осуществляется только за счет средств, аккумулируемых в системе ОМС.

Переход к одноканальному финансированию проводился в Калининградской области, Краснодарском крае, Республике Тыва. В Республике Карелия шла подготовительная работа по переводу с 2007 года медицинских учреждений, работающих в системе ОМС, на одноканальное финансирование. В Пензенской области отработывалась методика проведения пилотного проекта «Одноканальное финансирование» с апреля 2007 года.

В 2006 году на территории Томской области начата реализация пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области на 2006-2008 годы». Он включает переход к одноканальному финансированию (внедрение условно полного тарифа включающего все затраты по оказанию медицинской помощи, кроме расходов на капитальный ремонт, приобретения оборудования), и переход на принципы частичного фондодержания.

В Ленинградской области проводится пилотный эксперимент в Кировском районе по переходу целевое бюджетирование, ориентированное на результат, и предусматривающее объединение на районном уровне бюджетных средств и средств ОМС. Внедрение методов бюджетирования, ориентированного на результат, происходило в 2006 г. в Республике Марий Эл.

Изменения методов оплаты медицинских услуг в системе ОМС произошли в 2006 году во многих регионах (см. раздел 2.4.)

Особо можно отметить Томскую область, где с мая 2006 г. начат переход на частичное фондодержание, то есть внедрение системы взаиморасчетов, при которой учреждения здравоохранения, имеющие прикрепленное население, застрахованное по ОМС, рассчитываются с областными государственными учреждениями здравоохранения за оказанные прикрепленному населению по направлению консультативно-диагностические услуги в рамках программы ОМС.

Следует также отметить совершенствование метода оплаты амбулаторно-поликлинических услуг, применяемого в Кемеровской области: при перевыполнении запланированного планом–заданием ЛПУ числа посещений оплата проводится по подушевому нормативу, при невыполнении, большем, чем коридор риска, - по фактической стоимости выполненных посещений.

5.2.3. Изменения в регулировании порядка оказания платных медицинских услуг

В 2006 году в 5 регионах (Волгоградской, Новгородской и Ростовской областях, Республике Коми, Удмуртской Республике) были приняты нормативные акты исполнительных органов власти субъектов РФ, регулирующие условия оказания областными и муниципальными учреждениями здравоохранения платных медицинских услуг. В Магаданской области разрабатывается новое постановление губернатора Магаданской по предоставлению платных услуг.

В Санкт-Петербурге распоряжением Комитета по здравоохранению утверждены «Методические рекомендации по организации оказания платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения, финансируемыми за счет средств бюджета Санкт-Петербурга».

В 4 регионах (Красноярский край, Новосибирская область, Республика Хакасия, Свердловская область) был изменен порядок оказания платных услуг.

В Московской области утверждены методические рекомендации по формированию цен на платные медицинские услуги, оказываемые государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения.

В Республике Хакасия отменены платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения детям и женщинам в период беременности, родов и послеродового периода

В Свердловской области запрещено оказание платных медицинских услуг сотрудниками амбулаторно-поликлинических учреждений в рабочее время; совмещение работы сотрудников ЛПУ с работой в качестве агентов страховых компаний; расположение на базе ЛПУ структур страховых компаний.

Особого внимания заслуживает опыт Томской области по упорядочиванию системы оказания платных услуг. Здесь четко определено: «все, что регламентировано стандартом, а так же выполнено по направлению лечащего врача – бесплатно». Установить эту норму помогло то, что в процессе реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области на 2006-2008 годы» были внедрены необходимые стандарты и разработана система направления пациентов от участкового врача (врача общей практики) к специалистам.

5.3. Новые формы оплаты труда

В 2006 году во всех регионах РФ введены новые виды доплат в государственных и муниципальных ЛПУ в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации по реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».

Помимо этого в ряде регионов установлены надбавки для различных категорий медицинских работников.

Так, в Брянской области производятся доплаты из областного бюджета врачам участковой службы, амбулаторий, участковых больниц, скорой помощи в размере 2 тыс. рублей в месяц, средним медицинским работникам и водителям скорой помощи в размере 700 рублей в месяц.

Во Владимирской области установлены следующие доплаты: 30% оклада молодым специалистам (врачам и среднему персоналу); кандидатам наук – 10%, докторам наук, имеющим звание «Народный врач», «Заслуженный врач» - 20% оклада.

В Костромской области в ряде муниципальных ЛПУ производится доплата врачам стационаров.

В Московской области установлены доплаты к заработной плате работникам учреждений станций (отделений) скорой медицинской помощи, включая водителей – 110 %, врачам поликлиник, амбулаторий, домов ребенка, детских санаториев – 155%, медицинским сестрам указанных учреждений – 120%, врачам и среднему медицинскому персоналу стационаров, в том числе врачам и медицинским сестрам участкового звена – 85%, младшему медицинскому персоналу – 120%, педагогическому персоналу домов ребенка, детских санаториев – 120%.

В Пензенской области осуществляются ежеквартальные выплаты медицинским работникам за квалификационные категории (врачам от 2 до 6 тыс. рублей, средним медицинским работникам от 1 до 3 тыс. рублей).

В Республике Карелия разработаны проекты нормативных документов по стимулированию молодых специалистов, отработавших в сельской местности не менее 1 года после окончания интернатуры и клинической ординатуры, а также по установлению премий за высокий профессионализм и внедрение новых технологий для работников здравоохранения республики.

В Белгородской области внедрена отраслевая система оплаты труда, разработана модель структурного управления и подушевого финансирования первичного звена, предусматривающая новый механизм оплаты труда персонала с учетом сложности и качества выполняемых работ и систему оценки деятельности, как учреждения в целом, так и персонально медицинских работников на основе показателей результативности.

В Волгоградской области утверждено Положение об оплате труда работников государственных учреждений здравоохранения Волгоградской области, в котором руководителям государственных учреждений здравоохранения разрешается премировать работников за применение в работе достижений науки и передовых методов труда, высокие достижения в работе, выполнение особо важных и срочных работ, напряженность труда, а также за повышение качества медицинского обслуживания населения.

В Новгородской области внедрена контрактная система оплаты труда, в зависимости от объема и качества оказания медицинской помощи.

В Саратовской области внедряется механизм стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда, объема и качества оказанных медицинских услуг.

5.4. Подготовка пилотного эксперимента в 2007 г.

В марте 2006 года Президент Российской Федерации поручил правительству начать в 2006 года эксперимент по финансированию стационарных медицинских учреждений с ориентацией на конечные результаты и по переходу на одноканальное финансирование. Подготовка эксперимента растянулась на целый год. Для участия в эксперименте Минздравсоцразвития РФ отобрало 19 регионов.

В качестве квалификационных критериев были использованы: готовность субъекта Российской Федерации к софинансированию расходов и проведению «пилотных» проектов; наличие системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи в системе ОМС, региональный опыт работы по стандартам оказания медицинской помощи; соответствие нормативной правовой базы, принятой по ОМС федеральному законодательству, в том числе в части взаимодействия со страховыми медицинскими организациями. Учитывался также ряд социально – экономических параметров субъектов Российской Федерации и показателей, характеризующих состояние здравоохранения.

В состав отобранных регионов вошли: Астраханская, Белгородская, Владимирская, Вологодская, Калининградская, Калужская области, Краснодарский край, Ленинградская область, Республика Чувашия, Тверская, Томская области, Республика Татарстан, Ростовская область, Пермский край, Самарская область, Свердловская, Тюменская области, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ. Характеристики этих регионов о уровню развитости механизмов финансирования и управления здравоохранением, используемых для сравнительной оценки регионов в рамках настоящего проекта¹¹, представлены в таблице 4. Можно увидеть, что выбранные регионы сильно различаются по уровню финансирования здравоохранения, используемым методам оплаты стационарной помощи, практикам использования МЭС/КСГ при расчете тарифов в системе ОМС. Вместе с тем большая часть этих регионов имеет высокие интегральные оценки развитости механизмов финансирования и управления здравоохранением.

Таблица 4.

Характеристики регионов, отобранных для участия в пилотном проекте в 2007 г., по состоянию на 2006 г.

Регион	ВРП, млрд. руб.*	Подушевое фин-е тер. программ госгарантий, руб.	Методы оплаты стационарной помощи в системе ОМС	Число МЭС/КСГ, используемых при расчете тарифов	Интегральная оценка развитости механизмов финансирования	Интегральная оценка развитости механизмов управления
Астраханская область	62,6	4074	По количеству фактических проведенных пациентом койко-дней	3999	1	2
Белгородская область	113,2	3656	За законченный случай госпитализации; Оплата согласованных объемов медицинской помощи	1161	1	1
Владимирская область	74,7	2097	По средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении	1948	1	1

¹¹ Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления. // Отв. Ред. С.В.Шишкин. //Авт. коллектив: Г.Е.Бесстремьянная, А.С.Заборовская, В.А.Чернец, С.В.Шишкин. М., 2006. Сс. 55-62, 101-128. <http://www.socpol.ru/publications/>

Регион	ВРП, млрд. руб.*	Подушевое фин-е тер. программ госгарантий, руб.	Методы оплаты стационарной помощи в системе ОМС	Число МЭС/КСГ, используемых при расчете тарифов	Интегральная оценка развития механизмов финансирования	Интегральная оценка развития механизмов управления
Вологодская область	164,0	2596	По средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении	0	3	2
Калининградская область	65,6	5596	За законченный случай госпитализации	790	1	1
Калужская область	64,8	2754	За законченный случай госпитализации, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении	2500	1	2
Краснодарский край	325,8	3480	По количеству фактических проведенных пациентом койко-дней. За законченный случай госпитализации	4537	1	1
Ленинградская область	174,3	4982	За законченный случай госпитализации; по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении	0	3	1
Тверская область	87,8	2611	За законченный случай госпитализации	0	2	3
Томская область	147,0	2915	По количеству фактических проведенных пациентом койко-дней. За законченный случай госпитализации в пределах стоимости согласованных объемов	0	1	2
Республика Татарстан	410,9	2458	По количеству фактических проведенных пациентом койко-дней.	6228	1	1
Ростовская область	224,0	2896	За законченный случай госпитализации	8202	1	1
Пермский край	268,0	2557	За законченный случай госпитализации	0	1**	2**
Самарская область	349,0	7002	За законченный случай госпитализации. Оплата согласованных объемов медицинской помощи	715	1	1
Свердловская область	366,6	3496	За законченный случай госпитализации	6200	1	1
Тюменская область	1898,2	1932	За законченный случай госпитализации	9200	1	2
Хабаровский край	135,0	3601	За законченный случай госпитализации, по средней стоимости лечения одного больного в профильном отделении	0	2	1
Ханты-Мансийский АО	1276,2	13070	За законченный случай госпитализации	0	2	1

Регион	ВРП, млрд. руб.*	Подушевое фин-е тер. программ госгарантий, руб.	Методы оплаты стационарной помощи в системе ОМС	Число МЭС/КСГ, используемых при расчете тарифов	Интегральная оценка развитости механизмов финансирования	Интегральная оценка развитости механизмов управления
Чувашская республика	62,0	3172	За законченный случай госпитализации. Оплата согласованных объемов медицинской помощи	400	1	1

Примечания:

* - 2004 г.

** - 2005 г.

Уровень развития механизмов финансирования/управления: 1- высокий, 2- средний, 3 – ниже среднего.

Правительство РФ постановлением N 296 от 19 мая 2007 г. утвердило правила финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечень субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации. В эксперименте будут апробироваться:

- поэтапный переход учреждений здравоохранения преимущественно на одноканальное финансирование через систему ОМС;
- обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи;
- осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу (частичное фондодержание), и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов;
- реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда;
- обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества

Проведение эксперимента будет финансироваться в 2007 г. в размере 5,4 млрд. руб. из федерального бюджета и средств Федерального фонда ОМС, а также софинансироваться из бюджетов субъектов РФ.

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 власти¹² внесло существенные изменения в разделение компетенции в области

¹² Федеральный закон от 6 октября 1999 года N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации"; Федеральный закон от 4 июля 2003 г. N 95-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов

здравоохранения. Оно потребовало 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 специализированные ЛПУ: кожно-венерологические, туберкулезные, наркологические диспансеры и другие. Финансовое обеспечение их деятельности отнесено новым законодательством к компетенции субъектов РФ, и это обусловило передачу муниципальных специализированных ЛПУ в государственную 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 (ПМСП) 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.

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.). Из норм, устанавливающих разделение компетенции, следует, 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.

Однако и федеральные, и региональные органы отраслевого управления не проявляли активности в осуществлении централизации на региональном уровне функций организации специализированной медицинской помощи. Более того, Минздравсоцразвития РФ приказом от 26.07.2005 утвердил Порядок организации оказания первичной медико-санитарной помощи. Этот документ, формально повторяя прежнее определение ПМСП, содержащееся в ст. 38 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1), одновременно раскрывает состав амбулаторно-поликлинической помощи и стационарной помощи, предоставляемой населению муниципальных образований. Фактически в завуалированном виде была дана новая, более широкая интерпретация содержания понятия ПМСП, которая позволяет муниципальным образованиям сохранить существующие многопрофильные городские, районные и участковые больницы в качестве муниципальных учреждений, оказывающих ПМСП в новом ее понимании.

Процесс реструктуризации ЛПУ, начатый в 2005 г. в соответствии с требованиями нового законодательства о разграничении полномочий между уровнями власти, продолжился

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»».

в 2006 г. в 70% регионов¹³ (в 2005 г. – в 45%¹⁴). Всего передано 493 ЛПУ и более 700 структурных подразделений многопрофильных ЛПУ (в 2005 году 547 ЛПУ и 377 структурных подразделения).

В ЛПУ, переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ, имелось 44604 койки (в 2005 году – 41156 коек). Наибольшее количество переданных коек отмечено в следующих регионах: Ростовская область (7601 койка), Свердловская область (5441 койка), Нижегородская область (5036 коек), Кемеровская область (3885 коек), Иркутская область (3048 коек).

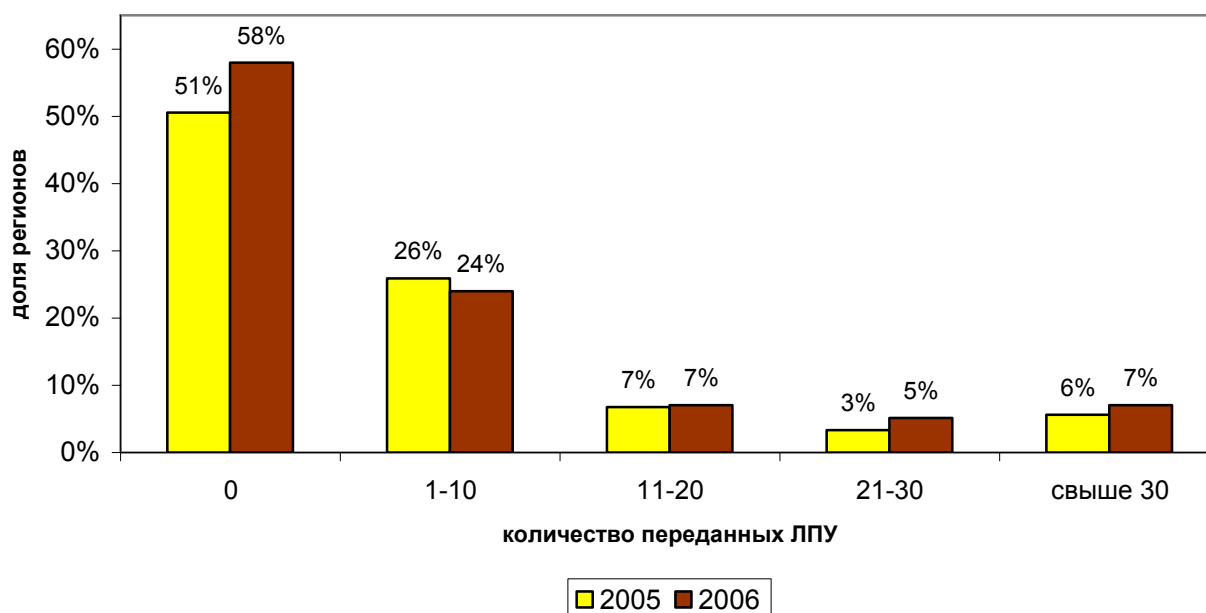
В переданных ЛПУ 22381 штатных должностей врачей. По количеству штатных должностей врачей в лечебно-профилактических учреждениях (в отделениях), переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ выделяется четыре региона: Калининградская область (4104 врача), Ростовская область (2033 врача), Свердловская область (2058 врачей), Ханты-Мансийский автономный округ (1350 врачей).

6.2. Специализированные ЛПУ и структурные подразделения в составе многопрофильных ЛПУ, переданные в 2006 году из муниципальной собственности в собственность субъекта Российской Федерации

В 2006 г. передача специализированных ЛПУ и структурных подразделений многопрофильных ЛПУ из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ осуществлялась уже лишь в 42% регионов (в 2005 г. – в 48%). Всего передано 402 ЛПУ и 477 структурных подразделения. Распределение регионов по количеству переданных специализированных ЛПУ представлено на рисунке 12.

Рисунок 12.

Распределение субъектов РФ по количеству специализированных ЛПУ, переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ в 2005-2006 годах



Источник: 2005 г. - данные из 82 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 76 субъектов РФ.

¹³ 2006 г.: в 53 регионах из 76, по которым была получена информация.

¹⁴ 2005 г.: в 37 регионах из 82, по которым была получена информация

По количеству специализированных ЛПУ, переданных из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ лидируют Ростовская область (68 ЛПУ), Свердловская область (53 ЛПУ), Нижегородская область (47 ЛПУ), Иркутская область (33 ЛПУ), Кемеровская область (29 ЛПУ) и Краснодарский край (31 ЛПУ).

Данные о структуре переданных ЛПУ представлены в таблице 5. Большую часть переданных ЛПУ составили противотуберкулезные учреждения. В 25 регионах передано в собственность субъекта РФ 142 ЛПУ, кроме того, в 5 регионах собственников сменили 187 структурных подразделения в составе многопрофильных ЛПУ. Наиболее масштабная передача происходила в Кемеровской области (108 структурных подразделений), Ростовской, Нижегородской, Свердловской областях (от 11 до 25 ЛПУ).

Таблица 5.

Структура специализированных ЛПУ, переданных их муниципальной собственности в собственность субъекта РФ в 2006 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
Кожно-венерологические	21	70	5	131
Наркологические	16	40	4	84
Онкологические	11	23	4	68
Противотуберкулезные	25	142	5	187
Психоневрологические	19	80	6	60
Прочие	25	118	5	78

Источник: данные из 76 субъектов РФ.

В 19 регионах 80 психоневрологических ЛПУ изменили форму собственности. Более десяти ЛПУ реструктурировано в Ростовской (13) и Свердловской(12). В Кемеровской области сменило форму собственности 45 психоневрологических структурных подразделения, в то время как во всех остальных регионах России таких подразделений оказалось всего 13.

В 2006 году было реструктурировано 70 кожно-венерологических ЛПУ в 21 субъекте РФ. Здесь выделяются Ростовская область (13 ЛПУ), Кемеровская область (8 ЛПУ, 58 структурных подразделений) и Краснодарский край (8 ЛПУ, 60 структурных подразделений).

Среди наркологических учреждений из муниципальной в собственность субъекта РФ в 16 регионах перешли 40 ЛПУ. Наиболее высокие показатели по реструктуризации ЛПУ отмечены в Ростовской области (6 ЛПУ). Следует отметить Краснодарский край (47 структурных подразделений) и Кемеровскую область (35 структурных подразделений).

В 2006 году изменили форму собственности реструктурировано 23 специализированных онкологических учреждений в 11 регионах. 5 ЛПУ реструктурировано в Ростовской области, а Краснодарском крае изменили форму собственности 43 структурных подразделения.

Кроме того, в 2006 году в 24 регионах было реструктурировано 118 прочих специализированных ЛПУ.

6.3. ЛПУ для обеспечения скорой помощи, переданные в 2006 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность

В 2006 году не передано ни одного ЛПУ для обеспечения скорой помощи из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность. И лишь в 3 регионах произошла передача в муниципальную собственность соответствующих структурных подразделений (всего 9 подразделений).

6.4. ЛПУ для обеспечения первичной медико-санитарной, переданные в 2006 году из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность

Передача лечебно-профилактических учреждений для обеспечения первичной медико-санитарной помощи из собственности субъекта Российской Федерации в муниципальную собственность в 2006 году произошла в 6 регионах. Всего передано 47 ЛПУ. Основную их часть составили ЛПУ Новосибирской области, где сменили форму собственности 33 ЛПУ рассматриваемого профиля и более 200 специализированных подразделений. Еще в 3 регионах в муниципальную собственность перешло 28 специализированных подразделений

6.5. Реструктуризация многопрофильных ЛПУ

В 2006 году зафиксирована передача из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ 6 центральных районных больниц в 2 регионах (в 2005 году таких случаев не было), 25 городских больниц в 7 регионах (в 2005 году - 68 больниц в 9 регионах) и одной городской поликлиники (в 2005 году таких случаев не было).

В Нижегородской области передано 7 городских больниц, в Республике Коми – 8 городских больниц, в Смоленской области - 5 ЦРБ, Ставропольском крае - 5 городских больниц.

Все переданные ЛПУ, кроме одной городской больницы поменяли собственника с передачей недвижимого имущества из муниципальной собственности в собственность субъекта РФ, в то время как в 2005 году в 56% случаев (38 из 68) городские больницы передавались без передачи недвижимого имущества.

В 2006 году практика финансирования из средств бюджета субъекта РФ муниципальных ЛПУ при оказании ими отдельных видов медицинской помощи существенно уменьшилась по сравнению с 2005 годом. Так, в 3 регионах (в 2005 году в 7-ми) для этой цели финансировались ЦРБ (всего 29 больниц, в 2005 году - 101 больница), в 8 регионах (в 2005 году – в 11) – городские больницы (всего 41 больница, в 2005 году – 79), в одном регионе (в 2005 году – в 5) – городские поликлиники (всего 8 поликлиник, 2005 году – 83). Больше всего эта практика распространена в Псковской области (финансируется 24 ЦРБ, 6 городских больниц и 8 городских поликлиник).

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*

В 2006 г. функционирование системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную помощь из федерального бюджета (льготников), внедренной в 2005 году, столкнулось с серьезным кризисом. Льготники имели возможность выбрать, будут они получать в 2006 года набор социальных услуг, в который входит лекарственное обеспечение, или денежную компенсацию, равную стоимости набора. В итоге численность получателей набора социальных услуг сократилась до 51,4% от численности граждан, включенных в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи. Несмотря на двукратное сокращение участников системы ДЛО, объем вписанных лекарственных средств продолжал расти из-за отсутствия в системе встроенных регуляторов объемов выписываемых лекарственных препаратов. В итоге расходные обязательства программы дополнительного лекарственного обеспечения льготников в 2006 году превысили расходы прошлого года: объем счетов, выставленных поставщиками лекарственных средств, достиг к концу 2006 г. 67 млрд. руб., а расходы в 2005 г. – 44,0 млрд. руб. (на 2006 г. первоначально было запланировано 29,1 млрд. руб., с учетом выхода из системы ДЛО почти половины ее участников в 2005 г.).

Одновременно происходили некоторые изменения и в организации системы ДЛО. Если в 2005 г. дополнительное лекарственное обеспечение льготников осуществлялось по общему правилу через аптечные учреждения по утвержденному списку (такая практика была в 94% регионов), то в 2006 г. – уже лишь в 75% регионов. В 17 % регионов ДЛО осуществлялось через общую аптечную сеть (в 2005 – только в 6 % регионов). В ряде регионов используются и другие формы предоставления этого вида лекарственного обеспечения, в том числе через аптечные пункты/аптеки при ЛПУ - в 8% регионов, (в 2005 г. – в 6%), через медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений – в 24% регионов (в 2005 году - в 16%). Эти изменения, по всей видимости, также способствовали раскручиванию спирали спроса на лекарства в системе ДЛО.

7.2. *Практика формирования заявок лечебно-профилактическими учреждениями на лекарства для населения субъекта РФ, получающего государственную социальную поддержку из федерального бюджета в 2006 году*

Главным изъяном созданной системы является отсутствие определенных в явном виде форм регулирования объемов потребления лекарственных средств. Врачи получили право самостоятельно определять объемы выписываемых препаратов. Руководство министерства объясняло это желанием исчерпать отложенный спрос льготников на нужные им препараты и экспериментальным путем определить реальный объем потребностей льготников в лекарственном обеспечении. Демонстрировалась также уверенность в том, что предусмотренные федеральным бюджетом 2005 г. средства, превосходящие в 6,4 раза общий объем расходов на лекарственное обеспечение льготников в 2004 году (7,9 млрд. руб.) будут достаточными для удовлетворения потребностей этих категорий в медикаментозном лечении. Действительно, в 2005 году выделенных средств хватило.

Следует, правда, отметить, что на практике в 55% регионов объемы выписываемых лекарственных средств все-таки выступали предметом регулирования. Окончательный объем заявок лечебно-профилактических учреждений на поставку лекарственных средств,

выписываемых льготникам, устанавливался в 2005 г. без ограничений или согласований с РОУЗ в 45% регионов.

Декларированное право льготников на получение необходимых лекарственных средств, ограничиваемое лишь утвержденным их перечнем и согласием врачей их выписывать, и неявное внедрение в систему ДЛО фармацевтических маркетинговых сетей, стимулирующих врачей к выписке дорогостоящих препаратов, стали главными факторами, обусловившими раскручивание в 2006 г. спирали спроса на бесплатные медикаменты.

В процессе нарастания кризиса федеральные органы власти и субъекты РФ предпринимали целый ряд мер по снижению напряжения в системе ДЛО: были выделены дополнительные средства из федерального бюджета в размере 16 млрд. руб., сокращен список выписываемых препаратов. Одновременно стали усиливаться меры по регулированию размеров заявок ЛПУ на медикаменты для системы ДЛО. В 23% регионов РОУЗ стали устанавливать лимиты на объемы таких заявок (в 2005 г. – в 10% регионов), а в 54% регионов (2005 году - в 13%) окончательный объем заявок устанавливался в процессе переговоров с ЛПУ и МОУЗ, но с учетом установленных РОУЗ лимитов. Только в 5% регионов ЛПУ и МОУЗ, не имели ограничений по объему составляемых заявок (см. таблицу 6).

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 2006 году

Практика взаимодействия ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	Число субъектов РФ, использующих эту практику, в %	
	2005	2006
РОУЗ устанавливает лимиты, которые учитывают ЛПУ и МОУЗ	10	23
РОУЗ устанавливает лимиты, но окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров с ЛПУ и МОУЗ	13	54
Окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	32	17
ЛПУ и МОУЗ, как правило, не имеют ограничений по объему составляемых заявок	45	5

Источник: 2005 г. - данные из 78 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 81 субъекта 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 2006 году

В 2006 году в 35% регионов ТФОМС устанавливали лимиты на объем заявок, передаваемых им со стороны РОУЗ (в 2005 году – только 10% регионов). В 50% регионов окончательный объем заявок устанавливался в процессе переговоров РОУЗ с ТФОМС, но с учетом установленных ТФОМС лимитов (2005 году в 14%). В 7% регионов (в 2005 году в 15%) окончательный объем заявок устанавливался в процессе переговоров РОУЗ с ТФОМС. И только в 7% регионов (в 2005 году в 60%) ТФОМС полностью удовлетворял заявки ЛПУ (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 2006 году

Практика взаимодействия ТФОМС и РОУЗ	Число субъектов РФ, использующих эту практику, в %	
	2005	2006
ТФОМС устанавливает лимиты, которыми руководствуется РОУЗ при определении суммарного объема заявок ЛПУ	10	35
ТФОМС устанавливает лимиты, которыми руководствуется РОУЗ, однако суммарный объем заявок ЛПУ определяется РОУЗ в процессе переговоров с ТФОМС	14	50
Суммарный объем заявок ЛПУ определяется РОУЗ в процессе переговоров с ТФОМС, который не устанавливает лимиты	15	7
ТФОМС полностью удовлетворяет заявки ЛПУ	60	7

Источник: 2005 г. - данные из 78 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 82 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 2006 г. лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан, получающих социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, чаще всего осуществлялось через аптечные учреждения по утвержденному списку. Такая практика была в 72% регионов (в 2005 году - в 78%). В 19% регионов этот вид лекарственного обеспечения осуществлялся через общую аптечную сеть (в 2005 году – в 15%). В 5% регионов - только через медицинских работников амбулаторно-поликлинических учреждений (в 2005 году – в 4%).

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

В 2006 году закупки лекарственных средств для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, чаще всего (в 70% регионов) совершались у дистрибьюторов по результатам открытых торгов (в 2005 году в 67%). Практика закупок у дистрибьюторов по выборукупающих организаций остается достаточно распространенной – она используется в 30% регионов (в 2005 году в 39%). В 15% регионов закупки производятся непосредственно у производителей лекарственных средств (в 2005 году в 18%), и совсем редко - у дистрибьюторов, выбранных органами управления здравоохранением - в 7% регионов (в 2005 году в 10%). Как видно из этих сравнений (см. табл. 8), за прошедший год несколько сократилось применение в регионах практик закупок, альтернативных открытым торгам.

Таблица 8.

Распределение регионов по способам закупки лекарственных средств для населения субъекта РФ, получающего социальную поддержку из бюджета субъекта РФ, в 2006 году

Способы закупки	Число субъектов РФ, использующих этот способ, в %	
	2005	2006
Непосредственно у производителей лекарственных средств	18	15
У дистрибьюторов по выборукупающих	39	30
У дистрибьюторов, выбранных органами управления здравоохранением	10	7
У дистрибьюторов по данным открытых торгов	67	70

Источник: 2005 г. - данные из 83 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 82 субъектов РФ.

Примечание: некоторые регионы выбрали сразу несколько вариантов ответа.

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

В 2006 г. 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 68% регионов оплата производилась органами управления здравоохранением субъекта РФ (РОУЗ) или социальной защиты (в 2005 году в 60% регионов). Реже - непосредственно лечебно-профилактическими учреждениями (в 37% регионов, в 2005 году – в 32%) и муниципальными органами управления здравоохранением (МОУЗ) или органами местного самоуправления (24%, в 2005 году - 23%). И совсем редко - территориальным фондом ОМС (13%, в 2005 году - 11%) и страховыми медицинскими организациями (1 регион или 1%, в 2005 году - 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. Почти в половине регионов (45%), РОУЗ устанавливают лимиты, которые, как правило, учитывают государственные ЛПУ и МОУЗ. А в 36% регионов установленные лимиты учитываются в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ по определению окончательных объемов заявок. Только в 14% регионов государственные ЛПУ и МОУЗ, как правило, не имеют ограничений по объему составляемых заявок. И в 5% субъектов РФ окончательный объем заявок, как правило, устанавливается в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ.

При этом в 2006 г. по сравнению с 2005 г. произошли небольшие изменения в структуре использования этих практик: РОУЗ стали в большем числе регионов устанавливать лимиты на размеры заявок ЛПУ и МОУЗ, которые затем уточняются в процессе переговоров (см. табл. 9).

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 2006 году

Практика формирования заявок	Число субъектов РФ, использующих эту практику, в %	
	2005	2006
РОУЗ устанавливает лимиты которые учитывают ЛПУ и МОУЗ	48	45
РОУЗ устанавливает лимиты, но окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	21	36
Окончательный объем заявок устанавливается в процессе переговоров государственных ЛПУ и МОУЗ с РОУЗ	14	5
ЛПУ и МОУЗ, как правило, не имеют ограничений по объему составляемых заявок	18	14

Источник: 2005 г. - данные из 73 субъектов РФ, 2006 г. - данные из 76 субъекта РФ.

9. Основные выводы

Проведенный анализ изменений в региональных системах финансирования и управления здравоохранением, произошедших в 2006 году, позволяет сделать следующие выводы.

1. Рост в 2006 г. в целом по стране размеров государственного финансирования здравоохранения сопровождается сохранением значительного неравенства 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. В 2006 в развитии системы ОМС в регионах наблюдались разнонаправленные тенденции. С одной стороны, доля средств ОМС в финансировании территориальных программ государственных гарантий в среднем по стране заметно снизилась, составив всего 38% по сравнению с 46% в 2005 г. (2004 г. – 47%). С другой стороны, в 10 регионах были предприняты действия по переходу к одноканальной системе финансирования медицинской помощи, предусмотренной территориальными программами ОМС. В целом дифференциация роли ОМС в региональных системах финансирования здравоохранения остается весьма высокой.

3. В 2006 году изменения в организации финансирования и управления здравоохранением происходили во всех субъектах РФ. Большая их часть была обусловлена выполнением требований федерального законодательства о разграничении полномочий, реализацией национального проекта «Здоровье», а также давлением федеральной власти по исполнению норм закона о медицинском страховании.

Вместе с тем в 42 регионах были осуществлены отдельные самостоятельные нововведения в организации управления и финансирования здравоохранения. Наиболее инновативными (по разнообразию нововведений) оказались Белгородская область, Московская область, Республика Марий Эл, Саратовская область, Томская область.

4. Изменения формы собственности ряда видов государственных и муниципальных ЛПУ и их подразделений в соответствии с требованиями 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) охватили в 2006 г. большую долю регионов (70%), чем в 2005 г. (45%).

5. Несмотря на нормы нового законодательства о разграничении полномочий, повсеместное распространение имеет практика согласования местными органами власти с РОУЗ необходимости открытия новых ЛПУ и/или ликвидации существующих, а также согласования назначения и освобождения от должности руководителей городских и районных органов управления здравоохранением.

В 2006 году получила дальнейшее распространение практика заключения соглашений между РОУЗ, ТФОМС и органами местного самоуправления о взаимодействии по оказанию медицинской помощи населению региона; такие соглашения действуют в 67% регионов.

6. В 2006 г. функционирование системы дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную помощь из федерального бюджета (льготников), внедренной в 2005 году, столкнулось с серьезным кризисом: объем счетов, выставленных поставщиками лекарственных средств, в 2,3 раза превысил первоначально утвержденные размеры финансирования данной программы. Декларированное право льготников на получение необходимых лекарственных средств, ограничиваемое лишь утвержденным их перечнем и согласием врачей их выписывать, и неявное внедрение в систему ДЛО фармацевтических

маркетинговых сетей, стимулирующих врачей к выписке дорогостоящих препаратов, стали главными факторами, обусловившими раскручивание в 2006 г. спирали спроса на бесплатные медикаменты.

В процессе нарастания кризиса стали усиливаться меры по регулированию размеров заявок ЛПУ на медикаменты для системы ДЛЮ. Только в 5% регионов ЛПУ и МОУЗ, не имели ограничений по объему составляемых заявок (в 2005 г. – в 45%), и лишь в 7% регионов ТФОМС полностью удовлетворял заявки ЛПУ (в 2005 г. – в 60% регионов).

7. Нововведения в финансировании ЛПУ, обусловленные выполнением национального проекта «Здоровье», связаны с поступлением средств из федерального бюджета, направляемых на финансирование мероприятий проекта (денежные выплаты медицинским работникам первичного звена, оплата дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы, и др.) как через систему ОМС, так и через бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты, и систему социального страхования (родовые сертификаты и оплата дополнительной диспансеризации и осмотров ряда категорий работающих граждан).

8. В 2006 году продолжились изменения в организационной структуре системы ОМС за счет устранения под сильным давлением федерального центра административных барьеров для деятельности страховых медицинских организаций. Доля регионов, в которых в качестве страховщиков в системе ОМС действовали только страховые медицинские организации, как это и предусмотрено законом о медицинском страховании, составлявшая еще в 2004 г., менее половины, теперь превысила три четверти.

Одновременно происходило усиление роли региональных органов управления здравоохранением в управлении территориальными системами обязательного медицинского страхования.

9. Финансирование медицинских организаций в территориальных системах ОМС производится по разным правилам: применяются 6 основных методов оплаты амбулаторной помощи и 5 методов оплаты стационарной помощи. В большинстве регионов одновременно используются несколько методов оплаты амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, и если в 2005 г. число таких регионов сократилось, то в 2006 г., оно, наоборот, выросло.

Происходящие изменения в методах оплаты медицинской помощи в системе ОМС не могут быть однозначно оценены как способствующие повышению эффективности использования ресурсов. Так, расширяющееся применение метода оплаты амбулаторной помощи за количество посещений (в 88% регионов) 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 19% регионов, а в 2006 году – уже лишь в 13%.

10. В истекшем году произошли заметные позитивные сдвиги, связанные с сокращением числа регионов, в которых тарифы на оплату амбулаторной помощи устанавливались индивидуально для каждого ЛПУ, и заметным увеличением доли регионов, дифференцирующих тарифы по заболеваниям. Получила развитие практика разработки медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, выделения клинко-статистических групп заболеваний и использования этого инструментария при расчете тарифов в системе ОМС. Число субъектов РФ, применяющих эту методологию, достигло в 2006 г. 36 (в 2004 г. – 27).

Но преобладают пока достаточно простые способы дифференциации тарифов на медицинские услуги в территориальных системах ОМС: на амбулаторно-поликлиническую помощь – по категориям ЛПУ; на стационарную помощь – также по категориям ЛПУ и по

профилям отделений стационаров. Несмотря на отмеченные позитивные изменения, в целом существующая практика дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС обеспечивает воспроизводство сложившейся в медицинских учреждениях структуры оказания медицинской помощи и не создает стимулов к ее изменению в целях повышения эффективности и качества.

11. 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, Белгородской, Брянской областях, Краснодарском крае, Курганской, Новосибирской областях, Приморском крае, Удмуртской Республике, Республике Коми, Самарской области, Калининградской области, Санкт-Петербурге, Тюменской области, Астраханской области, Москве, Чувашской Республике, Калужской области.

12. Различия между сформировавшимися в разных регионах моделями ОМС (различающимися по составу страховщиков, применяемым механизмам оплаты медицинской помощи и др.) уменьшились, но все еще остаются весьма существенными. Изменения, происходящие в территориальных системах ОМС в целом пока не обеспечивают сдвиг в решении проблемы низкой эффективности сложившейся в нашей стране системы ОМС, которая требует более решительной модернизации.

Решению этой задачи должно способствовать проведение начиная со второй половины 2007 года в 19 субъектах РФ пилотного проекта по организации финансирования медицинских учреждений с ориентацией на конечные результаты и по переходу на одноканальное финансирование.

13. Различия в используемых механизмах согласования региональной и муниципальной политики по-прежнему выражены больше, чем различия в механизмах согласования политики бюджетного и страхового финансирования здравоохранения.

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.

14. В целом, с точки зрения развитости практик использования различных механизмов государственного управления здравоохранением, среди российских регионов выделяются: Республика Бурятия, Белгородская, Тамбовская области, Чувашская Республика, Кемеровская область, Красноярский край, Новосибирская область, Оренбургская область, Республика Карелия, Республика Марий Эл, Республика Тыва, Ростовская область, Свердловская область, Смоленская область, Удмуртская Республика.

15. 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.