Приложение № 4.2.

**Оценка влияния действующих способов оплаты на качество и доступность оказания медицинской помощи застрахованным лицам**

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие **способы оплаты медицинской помощи:**

1) По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) – (далее также **– способ 1** или **«по подушевому нормативу финансирования** на прикрепившихся лиц **в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи»**);

2) По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) – (далее также – **способ 2** или «**по подушевому нормативу финансирования** на прикрепившихся **с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации**, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях»);

3) За единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц); за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, гистологических исследований и молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии); за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) осуществляется оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации – (далее также – **способ 3** или **«за единицу объема медицинской помощи»**).

Для сравнительной оценки направленности влияния указанных способов оплаты на качество и доступность медицинской помощи предлагается использовать представленные в таблице № 4.2.1 критерии эффективности способов оплаты амбулаторной помощи, ориентированных на результат. Критерии разработаны с учетом действующих методических рекомендаций по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

В таблице № 4.2.1. приведены результаты анализа применяемых способов оплаты медицинской помощи на соответствие указанным критериям[[1]](#footnote-1).

Ввиду исключения из подушевого норматива финансирования затрат на профилактическую деятельность, включая диспансеризацию прикрепленного населения, профилактические приемы, в том числе деятельность Центров здоровья, применяемый способ оплаты амбулаторной помощи по подушевому принципу не стимулирует профилактическую деятельность. В установленной системе оплаты амбулаторной помощи стимулирующей профилактику функцией обладает способ оплаты за единицу объема медицинской помощи.

Таблица № 4.2.1. Результаты анализа утвержденных в ПГГ способов оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях на соответствие основным критериям эффективности способов оплаты амбулаторной помощи, ориентированным на результат

| Критерии оценки | Номер способа оплаты | | | Необхо  димое значе  ние |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
| Единый состав медицинской помощи\медицинских услуг в структуре единицы способа оплаты[[2]](#footnote-2) | нет | нет | нет | да |
| Наличие по каждой единице тарификации медицинской помощи технологической карты ее выполнения (стандарта медицинской помощи) | Частично, в виде стандартов медицинской помощи | нет | Частично, в виде стандартов медицинской помощи | да |
| Заинтересованность медицинских учреждений в оказании оптимального (с точки зрения поддержания и улучшения здоровья населения) объема медицинской помощи и обеспечении соответствующего качества лечения | нет | да, через соответст  вующие показатели | да | да |
| Заинтересованность медицинских учреждений в оказании оптимального (с точки зрения поддержания и улучшения здоровья населения) объема медицинской помощи и обеспечении соответствующего качества профилактики | нет | нет | нет | да |
| Стимулирование проведения профилактических мероприятий, в том числе охват диспансеризацией | нет | нет | да | да |
| Стимулирование визитов к пожилым пациентам | нет | да, через соответствующие показатели | нет | да |
| Влияние на снижение уровня госпитализации | нет | да, через соответствующие показатели | нет | да |
| Влияние на снижение смертности прикрепленных лиц трудоспособного возраста | нет | да, через соответствующие показатели | нет | да |
| Влияние способа оплаты на величину общего объема финансирования медицинской помощи | нет | нет | да | да |
| Возможность прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи | да | да | нет | да |

В целях оценки эффективности способов оплаты медицинской помощи для обеспечения качества и доступности оказания медицинской помощи застрахованным лицам, оказанной в амбулаторных условиях, был проведен отбор показателей, характеризующих доступность и качество амбулаторной медицинской помощи, как показано в таблице № 4.2.2. Выбор произведен из числа показателей доступности и качества, перечисленных в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в Приложении 5 Письма Минздрава России № 11-7/и/2-11779, ФОМС № 17033/26-2/и от 12.12.2019 (ред. от 07.04.2020) «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования».

Была сформирована база данных показателей по субъектам РФ за 2012-2019 гг. (за исключением некоторых показателей, по которым отсутствовали данные за 2012-2015 гг.).

На основе сравнительного анализа субъекты Российской Федерации были ранжированы по уровню показателей и разделены на группы, а также выделены субъекты с наибольшим и наименьшим уровнем показателей, как показано в таблице № 4.2.3.

Таблица № 4.2.3. Основные показатели оценки эффективности способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

| Способ оплаты | Показатель | |
| --- | --- | --- |
| доступности медицинской помощи | качества медицинской помощи |
| По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи | Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях | Снижение уровня госпитализации  Снижение числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь на 1000 населения  Снижение смертности населения от болезней системы кровообращения |
| По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях |
| За единицу объема медицинской помощи | Охват диспансеризацией определённых групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году – не менее 80%  Повышение среднего числа посещений на одного жителя (профилактических) | Увеличение выявления ЗНО на ранних стадиях |

Таблица № 4.2.3. Субъекты Российской Федерации с наибольшими и наименьшими значениями показателей эффективности способов оплаты амбулаторной помощи по оценке за 2012-2019 годы

| Показатель | | годы | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения), оказывающими медицинс  кую помощь в амбулаторных условиях | макс | 71,1  (Чукотский автономный округ) | 71,5  (Чукотский автономный округ) | 62,1  (Чукотский автономный округ) | 62,9  (Чукотский автономный округ) | 62,6  (Чукотский автономный округ) | 68,4  (Чукотский автономный округ) | 65  (Чукотский автономный округ) | 63,2  (Чукотский автономный округ) |
| мин | 25  (Чеченская Республика) | 25,8  (Курганская область) | 24,4  (Курганская область) | 24,2  (Курганская область) | 24,5  (Курганская область) | 24,7  (Курганская область) | 24,5  (Курганская область) | 23,8  (Курганская область) |
| Уровень госпитали  зации, % | макс | н/д | н/д | н/д | н/д | 24,64 (Республика Тыва) | 23,72 (Чукотский автономный округ) | 24,74 (Чукотский автономный округ) | 24,69 (Чукотский автономный округ) |
| мин | н/д | н/д | н/д | н/д | 16,17 (Республика Ингушетия) | 14,41 (Чеченская Республика) | 15,29 (Республика Ингушетия) | 14,85 (Ненецкий автономный округ) |
| Среднее число посещений на одного жителя (профилактических) | макс | 4,8 (Чукотский автономный округ) | 4,66  (Ямало-Ненецкий автономный округ) | 4,7 (Чукотс  кий автономный округ) | 5,3 (Ненецкий автономный округ) | 5,3 (Ненец  кий автономный округ) | 5,83 (Чукотс  кий автономный округ) | 5,75 (Чукотс  кий автономный округ) | 5,84 (Чукотс  кий автономный округ) |
| мин | 1,2 (Чеченс  кая Республика) | 1,21 (Чеченс  кая Республика) | 1,2 (Чеченс  кая Республика) | 1,2 (Респуб  лика Ингушетия) | 1,4 (Чеченс  кая Республика) | 1,35 (Чеченс  кая Республика) | 1,74 (Чеченс  кая Республика) | 1,76 (Смоленская область) |
| Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь на 1000 населения | макс | н/д | 161,9 (Карачае  во-Черкесская Республика) | 172,5 (Карачае  во-Черкесская Республика) | 135 (Еврейс  кая автономная область) | 125,1  (г. Санкт-Петербург) | 131,9  (г. Санкт-Петербург) | 132,9  (г. Санкт-Петербург) | 140 (Чувашская Республика) |
| мин | н/д | 40,4 (Республика Дагестан) | 38,8 (Республика Дагестан) | 40,5 (Республика Дагестан) | 41,1 (Республика Дагестан) | 41,6 (Республика Дагестан) | 42,8 (Республика Дагестан) | 43,9 (Республика Дагестан) |
| Смертно  сть населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения | макс | 1204,7  (Псковская область) | 1150  (Тверская область) | 1110,1  (Псковская область) | 1082,4  (Псковская область) | 1062,3  (Псковская область) | 1087,8  (Псковская область) | 1084,5  (Псковская область) | 1070,1  (Псковская область) |
| мин | 198,9  (Республика Ингушетия) | 184,5  (Республика Ингушетия) | 168  (Республика Ингушетия) | 155,7  (Республика Ингушетия) | 148,3  (Республика Ингушетия) | 145  (Республика Ингушетия) | 149  (Республика Ингушетия) | 131,2  (Республика Ингушетия) |
| Охват диспансеризацией определённых групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году, % | макс | н/д | н/д | н/д | н/д | 130,22 (г. Москва) | 105,59 (Республика Калмыкия) | 111,98 (Краснодарский край) | 184,54 (Вологодская область) |
| мин | н/д | н/д | н/д | н/д | 12,97 (Республика Крым) | 30,91 (Республика Крым) | 28,36 (г. Москва) | 40,48 (Еврейс  кая автономная область) |
| Доля пациентов с впервые установленными I-II стадией ЗНО, % | макс | 62,31 (Воронежская область) | 63,72 (Воронежская область) | 63,08 (Воронежская область) | 64,96 (Самарская область) | 63,28 (Воронежская область) | 63,3 (Воронежская область) | 63,67 (Воронежская область) | 64,4 (Воронежская область) |
| мин | 31,27 (Республика Ингуше  тия) | 32,74 (Республика Ингуше  тия) | 26,99 (Республика Ингуше  тия) | 35,76 (Республика Калмы  кия) | 36,62 (Чукотс  кий автономный округ) | 41,99 (Респуб  лика Саха) | 40,27 (Чукотс  кий автономный округ) | 37,8 (Чукотс  кий автономный округ) |

В качестве показателей эффективности способов оплаты по подушевому нормативу были выбраны три показателя качества оказания медицинской помощи: снижение уровня госпитализации, снижение числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь на 1000 населения, и смертность населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения. В теории подушевой способ оплаты медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема или с учётом показателей результативности должен экономически стимулировать увеличение профилактической работы с целью снижения количества посещений по поводу заболеваний. Это в свою очередь должно приводить к снижению вызовов скорой медицинской помощи и уровню госпитализации за счёт своевременного выявления и амбулаторного лечения заболеваний. Были проанализированы тенденции показателей за указанные периоды времени в целом по Российской Федерации, как показано на рисунках №№ 4.2.3 и 4.2.4.

Рисунок № 4.2.3. Динамика показателей качества подушевого способа оплаты амбулаторной медицинской помощи в целом по Российской Федерации

По данным анализа небольшое снижение уровня госпитализации и значительное снижение смертности населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения говорит об эффективности данных способов оплаты.

Рисунок № 4.2.4. Динамика смертности населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения в целом по Российской Федерации

Также неоднозначным представляется результат анализа выбранного показателя доступности медицинской помощи - обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Относительно 2012 года обеспеченность врачами в амбулаторных условиях значительно снизилась, однако, начиная с 2014 года, произошёл небольшой рост, как показано на рисунке № 4.2.5.

Рисунок № 4.2.5. Динамика обеспеченности населения врачами (на 10 тыс. населения), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях за указанные периоды времени в целом по Российской Федерации

Для оценки эффективности способа оплаты за единицу объёма медицинской помощи были выбраны следующие показатели: охват диспансеризацией определённых групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году не менее 80%, увеличение выявления ЗНО на ранних стадиях и повышение среднего числа профилактических посещений на одного жителя, как показано на рисунках №№ 4.2.6 и 4.2.7.

Рисунок № 4.2.6. Динамика показателей эффективности способов оплаты амбулаторной помощи за указанные периоды времени в целом по Российской Федерации

Рисунок № 4.2.7. Динамика среднего количества профилактических посещений на одного жителя за указанные периоды времени в целом по Российской Федерации

Высокая скорость наращивания выполнения плана по диспансеризации взрослого населения, а в 2019 году даже перевыполнение плана на 8%, значительный прирост среднего количества профилактических посещений на одного жителя, а также постепенный, но неуклонный прирост ранней выявляемости ЗНО, говорят о верном экономическом стимуле для медицинских организаций в виде способа оплаты за единицу объёма медицинской помощи.

*Результаты анализа:*

Наблюдается значительный разброс значений анализируемых показателей по субъектам Российской Федерации:

обеспеченность населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – от 23,8 до 71,5 на 10 тыс. населения;

уровень госпитализации - от 14,85 до 24,7%;

3) среднее число профилактических посещений на 1000 населения – от 1,2 до 5,84;

4) число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь на 1000 населения – от 38,8 до 172,5;

5) смертность населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения – от 131,2 до 1204,7;

6) охват диспансеризацией определённых групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году - от 40,5 до 185%,

7) доля пациентов с впервые установленными I-II стадией ЗНО – от 37,8 до 64,4%.

За период 2016-2019 годы наблюдалось снижение показателя уровня госпитализации (темп прироста -1,53 %);

Выявлено увеличение среднего числа профилактических посещений на 1000 населения (темп прироста 10,77%);

Число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь на 1000 населения, за период 2013-2019 гг. сначала уменьшалось, но в последние 2 года показало прирост (темп прироста 5,61%);

Смертность населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения существенно снизилась (темп прироста -22,24%);

Показатели раннего выявления злокачественных новообразований за период 2012-2019 годы незначительно улучшились (темп прироста 13,75%);

За период 2016-2019 годы наблюдался выраженный рост охвата диспансеризацией определённых групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году (темп прироста 23,17%).

Таким образом, все выбранные показатели, кроме одного, оценивающего подушевой способ оплаты медицинской помощи, свидетельствуют об эффективности соответствующих способов оплаты медицинской помощи. Однако смена тенденции изменения числа лиц, которым оказана скорая медицинская помощь на 1000 населения, требует дополнительного исследования.

Проведенный в рамках данного исследования опрос СМО выявил следующее распределение ответов на вопрос «Какой способ оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, Вы считаете предпочтительным для использования в системе ОМС?», как показано на рисунке № 4.2.8.

Среди пояснений СМО, ответивших «другое», можно отметить предложения о введении сочетания подушевого принципа (с уменьшением действующего на сегодняшний момент базового подушевого тарифа) с тарификацией по законченным случаям лечения (с определением КСГ и выдачей лекарственных средств для амбулаторного лечения за счет ОМС). По мнению СМО, данный способ оплаты позволит минимизировать осложнения острых и хронических заболеваний и снизить нагрузку на стационары за счёт получения лекарственных средств в рамках амбулаторного лечения.

Рисунок № 4.2.8. Распределение ответов СМО на вопрос «Какой способ оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, Вы считаете предпочтительным для использования в системе ОМС?», %

Проведенный в рамках данного исследования опрос ТФОМС показал, что 80% из них наиболее эффективным способом оплаты амбулаторной медицинской помощи признали способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи).

Среди основных достоинств данного способа оплаты опрашиваемые выделили следующие:

Предсказуемость расходов

Минимизация приписок

Стимулирование профилактической деятельности через экономическую заинтересованность медицинских специалистов

Снижение заболеваемости прикрепленного населения, в том числе снижение уровня госпитализации, уровня вызовов скорой медпомощи

Оптимизация ресурсов при достаточном финансировании и строгой маршрутизации пациентов

Финансовая стабильность

Возможность оценки объемных показателей

Гарантированный объем финансирования для сельских МО, имеющих недостаточный уровень кадрового и материального технического обеспечения.

Использование показателей результативности для влияния и оценки качества оказания медицинской помощи

С небольшими различиями ТФОМС представили свое мнение о достоинствах оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи:

Сбалансированность доходов и расходов медицинской организации

Стимулирует оказание помощи, не входящей в оплату по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц

Независимость от сезонных подъемов и спадов заболеваемости

Минимум приписок посещений

Позволяет прогнозировать общий объем финансирования медицинской помощи, стимулирует выполнение объемов медицинской помощи.

Зависимость между объемами и стоимостью (деньги идут за пациентом)

Обеспечивает максимальную финансовую устойчивость медицинских организаций, имеющих прикрепленное население

Ограничение общих расходов на медицинскую помощь;

Контроль за общими расходами;

Прямая зависимость дохода от количества прикрепившегося населения.

Сокращение сроков лечения

Экономическая мотивация поликлиник в улучшении качества своей работы, так как при обострении хронических заболеваний и недостаточной профилактической работе у поликлиник-фондодержателей возникают дополнительные затраты на диагностику и лечение этих обострений, а также при отсутствии каких-либо методов лабораторной и/или инструментальной диагностики, некоторых специальностей врачей, неукомплектованности кадрами ведут к увеличению количества так называемых «внешних услуг», таким образом - к экономическим потерям.

Четверть опрошенных отметила следующие достоинства оплаты за единицу объема, за посещения:

Отражает фактически оказанные объемы помощи.

Стимулирует медицинские организации укомплектовывать поликлиническое звено медицинскими работниками

Заинтересованность медицинских организаций в выполнении плановых объемов помощи

Прозрачность оказания медицинской помощи

ориентированы на результат и достоверность учетной и отчетной информации об объемах, структуре и стоимости медицинской помощи.

Соответствие единиц учета и оплаты, что обеспечивает корректность статистических данных.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи, **оказанной в стационарных условиях** и условиях **дневного стационара**, применяются следующие способы оплаты:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа;

В целях оценки эффективности способов оплаты медицинской помощи для обеспечения качества и доступности оказания медицинской помощи застрахованным лицам, оказанной в стационарных условиях, был проведен отбор показателей, характеризующих доступность и качество стационарной медицинской помощи. Выбранные показатели оценки эффективности способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, для обеспечения качества и доступности оказания медицинской помощи застрахованным лицам представлены в таблице № 4.2.9.

Таблица № 4.2.9. - Основные показатели оценки эффективности способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневных стационаров, для обеспечения качества и доступности оказания медицинской помощи застрахованным лицам

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Способ оплаты | Показатель | |
| доступности медицинской помощи | качества медицинской помощи |
| за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний) | средняя длительность пребывания больного в стационаре | больничная летальность |

Была сформирована база данных показателей в разрезе субъектов РФ за 2012-2019 гг. На основе сравнительного анализа субъекты РФ были ранжированы по уровню показателей и разделены на группы, а также выделены субъекты с наибольшим и наименьшим уровнем показателей, как показано в таблице № 4.2.10.

Таблица № 4.2.10. Субъекты Российской Федерации с наибольшими и наименьшими значениями показателей эффективности способов оплаты стационарной помощи по оценке за 2012-2019 годы.

| Показатель | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Средняя длительность пребывания больного на койке, дней | макс | 15,5 (Чукотский автономный округ) | 15,3 (Чукотский автономный округ) | 15,3 (Чукотский автономный округ) | 14,7 (Чукотский автономный округ) | 14,2 (Чукотский автономный округ) | 14,1 (Чукотский автономный округ) | 13,9 (Чукотский автономный округ) | 13,9 (Чукотский автономный округ) |
| мин | 9,6 (Республика Алтай) | 9,4 (Республика Алтай) | 8,7 (Республика Крым) | 9,2 (Республика Алтай) | 8,8  (г. Москва) | 8,1  (г. Москва) | 7,6  (г. Москва) | 7,7  (г. Москва) |
| Больничная летальность, % | макс | 2,65 (г. Санкт-Петербург) | 2,53 (г. Санкт-Петербург) | 2,57 (г. Санкт-Петербург) | 2,6 (г. Севастополь) | 2,8 (г. Севастополь) | 2,86 (Республика Карелия) | 3,08 (Ленинградская область) | 3,14 (г. Севастополь) |
| мин | 0,46 (Республика Дагестан) | 0,44 (Республика Дагестан) | 0,41 (Республика Дагестан) | 0,43 (Республика Дагестан) | 0,36 (Республика Дагестан) | 0,37 (Республика Дагестан) | 0,4 (Республика Дагестан) | 0,46 (Республика Дагестан) |

На рисунках №№ 4.2.11 и 4.2.12. представлена динамика показателей эффективности способов оплаты стационарной помощи за указанные периоды времени в целом по Российской Федерации

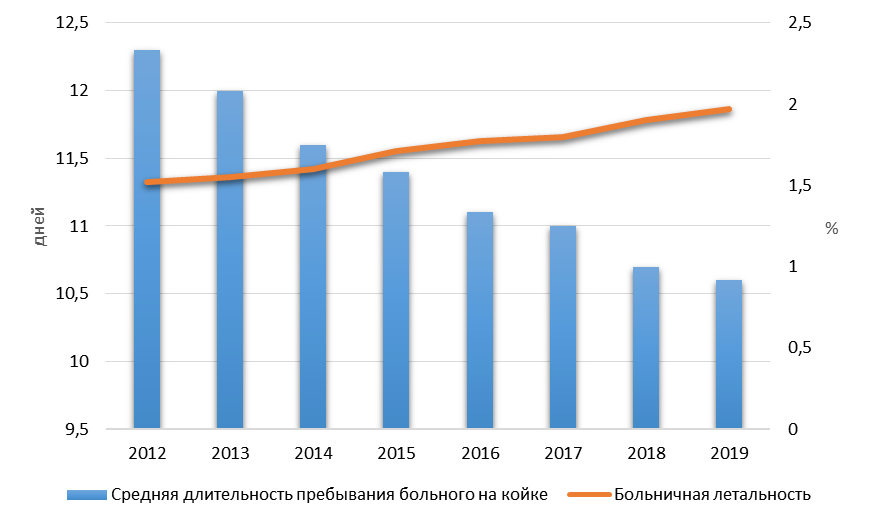


Рисунок № 4.2.11. Динамика показателей эффективности способов оплаты стационарной помощи за указанные периоды времени в целом по Российской Федерации

Рисунок № 4.2.12. Динамика количества рассмотренных страховых случаев при проведении целевых медико-экономических экспертиз и целевых экспертиз качества медицинской помощи, в том числе в связи с повторным обращением в стационары по поводу одного и того же заболевания за 2015-2018 годы

Показателями эффективности способа оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), были выбраны средняя длительность пребывания больного на койке, больничная летальность и количество рассмотренных страховых случаев при проведении целевых медико-экономических экспертиз и целевых экспертиз качества в связи с повторными госпитализациями по поводу одного заболевания. Теоретически данный способ оплаты должен экономически стимулировать снижение длительности госпитализации пациентов с целью наращивания объёма оказания медицинской помощи и снижения фактических затрат на лечение пациента. По данным анализа на практике способ оплаты за законченный случай значительно простимулировал медицинские организации: средняя длительность пребывания пациента на койке сократилась почти на 14% за 8 лет. Тем не менее, сокращение длительности госпитализации не должно сказываться на качестве лечения, для оценки которого был выбран показатель больничной летальности и оценка числа повторных госпитализаций. Данные анализа показали незначительный рост больничной летальности: если в 2012 году он был равен 1,5%, то в 2019 – уже 2%. Кроме того, количество рассмотренных страховых случаев при проведении целевых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи из-за повторных госпитализаций значительно увеличилось. Полученные результаты не позволяют сделать однозначный вывод об эффективности способа оплаты медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, что требует дополнительного исследования.

Результаты анализа:

Наблюдается значительный разброс значений анализируемых показателей по субъектам Российской Федерации (средняя длительность пребывания больного на койке от 7,7 до 13,9 дней; больничная летальность от 0,6 до 3,14%)

За период 2012-2019 гг. значительно сократилась длительность пребывания больного на койке (темп прироста -13,82%),

За анализируемый период наблюдается рост больничной летальности.

За период 2015-2018 гг. заметно увеличилось число рассмотренных страховых случаев по поводу повторных госпитализаций при проведении целевых медико-экономических экспертиз (темп прироста 81,5%) и целевых экспертиз качества медицинской помощи (темп прироста 43,3%).

Таким образом, полученные результаты противоречивы: показатель доступности свидетельствует об эффективности способа оплаты за законченный случай лечения, в то же время динамика показателя больничной летальности и число повторных госпитализаций указывает на незначительное снижение качества лечения в стационарных условиях.

По данным результата опроса СМО на вопрос «Какой способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, из перечисленных ниже Вы считаете предпочтительным для использования в системе ОМС?» 100% респондентов ответили: «За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ)», а также два дополнительно отметили ответ «За законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-профильную группу заболеваний (КПГ)».

Результаты исследования мнений ТФОМС о наиболее эффективном способе оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, продемонстрировали превалирующее предпочтение в отношении оплаты за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ).

Считаем необходимым рекомендовать включить показатель больничной летальности в перечень критериев качества медицинской помощи, утвержденных в ПГГ.

При формировании действующих способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, стояли следующие основные задачи:

повышение качества оказания медицинской помощи за счет снижения больничной летальности, снижения количества повторных госпитализаций;

обеспечение доступности медицинской помощи за счет сокращения длительности пребывания пациента на койке.

В рамках проведения **оценки соответствия действующих способов оплаты медицинской помощи** и результатов их внедрения первоначально сформулированным целям и **планировавшимся результатов их внедрения** установлено. При формировании действующих способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, ставились следующие основные задачи:

повышение качества оказания медицинской помощи;

обеспечение доступности медицинской помощи;

усиление профилактической направленности здравоохранения;

снижение уровня госпитализации.

Согласно проведённому анализу, существующие способы оплаты медицинской помощи выполняют большинство поставленных задач (таблица № 4.2.13).

Таблица № 4.2.13 – Соответствие выполнения основных поставленных задач при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выбранным показателям

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Задачи | Способы оплаты | Выполнение | Показатели |
| Повышение качества оказания медицинской помощи | 1, 2, 3 | да | Уменьшение смертности населения от болезней системы кровообращения на 100 тыс. населения на 22,24% по сравнению с 2012 г.  Снижение числа лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах на 1000 населения, на 9,12% по сравнению с 2012 г.  Увеличение раннего выявления злокачественных новообразований на 13,75% по сравнению с 2012 г. |
| Обеспечение доступности медицинской помощи | 1, 2, 3 | нет | Снижение обеспеченности населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, на 9,4% по сравнению с 2012 г. |
| Усиление профилактической направленности здравоохранения | 3 | да | Увеличение среднего числа профилактических посещений на 1000 населения на 10,77% по сравнению с 2012 г.  Рост охвата диспансеризацией определённых групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году на 23,17% по сравнению с 2016 г. |
| Снижение уровня госпитализации | 1, 2, 3 | да | Снижение показателя уровня госпитализации на 1,53 % по сравнению с 2016 г. |

Таким образом, **из трёх способов оплаты медицинской помощи только способ оплаты за единицу объёма направлен на усиление профилактической деятельности медицинских организаций.** Значительный рост основных показателей, отражающих данную деятельность, говорит о высокой эффективности данного способа оплаты медицинской помощи.

В то же время положительная динамика всех выбранных показателей качества медицинской помощи, а также снижение уровня госпитализации, указывает на выполнение поставленных задач перед подушевыми способами оплаты медицинской помощи. Однако, вызывает обеспокоенность уменьшение доступности в виде снижения обеспеченности населения врачами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, несмотря на положительную динамику в последние годы. Среди двух подушевых видов оказания медицинской помощи преимущественно выделяется способ, учитывающий результативность деятельности медицинских организаций, как позволяющий стимулировать улучшение качества оказания медицинской помощи.

Согласно проведённому анализу, существующие способы оплаты медицинской помощи выполняют поставленные задачи (таблица № 4.2.14).

Таблица № 4.2.14. Соответствие выполнения основных поставленных задач при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, выбранным показателям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Задачи | Выполнение | Показатели |
| Повышение качества оказания медицинской помощи | нет | Увеличение больничной летальности по сравнению с 2012 г.  Повышение числа рассмотренных страховых случаев по поводу повторных госпитализаций при проведении целевых МЭЭ на 81,5% и целевых ЭКМП на 43,3% по сравнению с 2015 г. |
| Обеспечение доступности медицинской помощи | да | Сокращение длительности пребывания больного на койке на 13,82% по сравнению с 2012 г. |

Таким образом, несмотря на повышение доступности госпитализации, отрицательная динамика основных показателей, отражающих качество оказания медицинской помощи, говорит о необходимости пересмотра количества койко-дней, предусмотренных на законченный случай лечения, в сторону повышения их количества.

Система оплаты медицинской помощи является одним из основных инструментов регулирования деятельности медицинских организаций по реализации задач, стоящих перед здравоохранением. Если такие задачи достигаются применяемыми способами оплаты, значит, они являются эффективными на данном этапе развития здравоохранения.

По нашему мнению, подушевой принцип оплаты может в полной мере проявить все свои эффективные свойства, в том числе стимулирующие профилактическую деятельность, лишь в условиях достаточной финансовой обеспеченности подушевого норматива, включающего полный спектр первичной-медико-санитарной помощи, с обязательным использованием показателей оценки результативности деятельности медицинской организации.

Для обеспечения достаточности подушевого норматива финансирования необходимо произвести расчеты стоимости случаев оказания медицинской помощи в соответствии с объемами, установленными клиническими рекомендациями по соответствующим заболеваниям. При этом значимым представляется не только экономически обосновать необходимые для оказания амбулаторной помощи ресурсы, но и клинически обосновать перечень тех заболеваний, лечение которых наиболее целесообразно осуществлять в амбулаторных условиях вместо ресурсоемких стационарных условий.

В качестве альтернативы оплаты амбулаторной помощи по подушевому нормативу финансирования и за единицу объема медицинской помощи, установленные в ПГГ, и как продолжение идеи обоснования финансовой обеспеченности оказания амбулаторной помощи возможна оплата за законченный случай заболевания.

1. Методические рекомендации по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации (утв. ФОМС 18.10.1993) [↑](#footnote-ref-1)
2. В ТС каждого субъекта Российской Федерации устанавливаются виды медицинской помощи, перечень медицинских услуг, оплата по которым осуществляется по установленному способу оплаты [↑](#footnote-ref-2)