

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ

И.М. Степанов, К.И. Головщинский

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЗДАНИЯ
СИСТЕМЫ ФОНДОДЕРЖАНИЯ
В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Препринт WP8/2011/04

Серия WP8

Государственное и муниципальное
управление

Москва

Высшая школа экономики

2011

УДК 338:61
ББК 65.495
С 79

Редакторы серии WP8
«Государственное и муниципальное управление»
А.Г. Барабашев, А.В. Клименко

Степанов, И. М. Основные направления создания системы фондодержания в Удмуртской Республике : препринт WP8/2011/04 [Текст] / И. М. Степанов, К. И. Головщинский ; Высшая школа экономики. — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2011. — 40 с. — 150 экз.

Настоящий препринт содержит первоначальную версию создания системы фондодержания в Удмуртской Республике, а также пакет проектов нормативных правовых актов, которые необходимо утвердить для создания системы фондодержания. Документы носят типовой характер и могут быть интересны организаторам здравоохранения, работающим на региональном уровне.

УДК 338:61
ББК 65.495

**Препринты Высшей школы экономики
размещаются по адресу: <http://new.hse.ru/org/hse/wp>**

© Степанов И.М., 2011
© Головщинский К.И., 2011
© Оформление. Издательский дом
Высшей школы экономики, 2011

Оглавление

1. Понятия, используемые в настоящей работе	4
2. Обоснование внедрения системы фондодержания в Удмуртской Республике	5
3. Обоснование условий внедрения системы фондодержания в Удмуртской Республике	8
4. Установление правил определения подушевых нормативов финансирования и порядка при внедрении системы фондодержания	15
5. Вневедомственный контроль качества при внедрении системы фондодержания.....	17
6. Оценка деятельности поликлиник при внедрении системы фондодержания	18
7. ПРИЛОЖЕНИЕ. Пакет проектов нормативных правовых актов, необходимых для реализации Концепции	23

1. Понятия, используемые в настоящей работе

Медицинские учреждения (организации) — фондодержатели (МУ-Фондодержатели) — амбулаторно-поликлинические учреждения (организации) — самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений любой формы собственности, за исключением стоматологических поликлиник и женских консультаций, а также врачи общей (семейной) практики, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности и оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий оказания населению Удмуртской Республики бесплатной медицинской помощи на соответствующий год, в которых встали на учет граждане для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Медицинские учреждения (организации) — исполнители (МУ-Исполнители) — медицинские учреждения (организации) (стационары, дневные стационары медицинских учреждений (организаций), самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений любой формы собственности, а также врачи общей (семейной) практики, оказывающие гражданам внешние медицинские услуги.

Внешние медицинские услуги — консультативные, амбулаторно-поликлинические услуги, стационарная помощь, включая родильные дома, медицинские услуги дневных стационаров всех типов, оказываемые МУ-Исполнителем гражданам за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий оказания населению Удмуртской Республики бесплатной медицинской помощи на соответствующий год.

Фондодержание — способ подушевого финансирования МУ-Фондодержателя, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность МУ-Фондодержателя и средства на оплату внешних медицинских услуг, оказанных гражданину МУ-Исполнителем по утвержденным тарифам.

Дифференцированный подушевой норматив МУ-Фондодержателя — подушевой норматив на одного прикрепленного к МУ-фондодержателю гражданина, рассчитанный в соответствии с утверждаемой методикой.

Финансовый результат — остаток средств от оплаты оказанных медицинских услуг поставленным на учет в МУ-Фондодержателе гражданам.

2. Обоснование внедрения системы фондодержания в Удмуртской Республике

С точки зрения ведущих экспертов в области создания систем фондодержания В.И. Шевского и И.М. Шеймана, «внедрение системы фондодержания предполагает переход на подушевой метод оплаты амбулаторно-поликлинического звена за каждого прикрепленного человека»¹. Подушевой норматив предусматривает оплату всех видов медицинской помощи, включая амбулаторно-поликлиническую, скорую, стационарную, стационарозамещающую медицинскую помощь (полное фондодержание), либо отдельных видов медицинской помощи (частичное фондодержание). Учреждение, получившее средства по подушевому нормативу, является фондодержателем. Последний заинтересован в рациональном использовании финансовых средств, поскольку полученную экономию при рациональной организации как собственной деятельности, так и координации оказания медицинской помощи прикрепленному населению в других учреждениях, он может использовать на свое экономическое и социальное развитие, материальное стимулирование персонала.

Цель введения системы фондодержания — повысить ответственность работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за состояние здоровья обслуживаемого населения, обеспечить их мотивацию к улучшению качества первичной медико-санитарной помощи, преодолению структурных диспропорций в здравоохранении в целом.

Система фондодержания стимулирует координирующую функцию врачей первичного звена за счет определения наиболее эффективных

¹ Шевский В.И., Шейман И.М. Системы фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации // Здравоохранение. 2008. № 4.

(в клиническом и экономическом смысле) «маршрутов» движения своих пациентов, участия в планировании оказания медицинской помощи на других этапах, обеспечения преемственности в лечении и реабилитации больных. Система фондодержания предусматривает зависимость размера вознаграждения врачей первичного звена от их способности обеспечивать эффективное взаимодействие с другими звеньями оказания медицинской помощи.

Система фондодержания призвана обеспечить зависимость размера оплаты труда от результатов профилактической деятельности врача — снижения уровня болезненности прикрепившегося населения и потребности в стационарной и скорой помощи. Оплата фактических объемов амбулаторных услуг (чем больше больных, тем лучше для врача) уступает место поощрению деятельности, снижающей потребность в медицинской помощи (чем больше здоровых, тем лучше для врача).

Применение подушевого метода оплаты медицинской помощи повышает заинтересованность учреждения в сохранении здоровья своих пациентов. Не возникает стимулов к необоснованному увеличению числа посещений, исследований и консультаций, а соответственно, неэффективному использованию ресурсов. Врачам первичного звена, работающим в условиях фондодержания, выгодно расширять объем оказываемых услуг и нести реальную ответственность за здоровье пациента, не перекладывая ее на другие учреждения, а у участковых врачей появляется стимул к повышению своего профессионального уровня, освоению специальности врача общей практики (семейной медицины).

Потенциальная опасность метода подушевого финансирования — возможность искусственного сдерживания направлений пациентов (получив средства на оказание всех видов медицинской помощи, учреждение может необоснованно снижать объем исследований и лечения при конкретном заболевании в том случае, если фондодержатель не может оказать соответствующие медицинские услуги на базе собственных мощностей) эффективно компенсируется использованием следующих механизмов:

— использование моделей конечных результатов для оценки деятельности и установление связи этой оценки с размером фонда экономического стимулирования;

— оценка качества лечения на основе медико-экономических стандартов, финансовые санкции за их нарушение;

— штрафные санкции в случае направления больного в стационар в запущенном состоянии, при сокращении объема необходимых исследований и проч.;

— свободный выбор пациентами врачей первичного звена.

Контроль объема и качества оказываемых услуг осуществляет страховщик. Его задача — не допустить задержек направления пациентов в стационар, а также на дополнительные консультации и исследования.

Для реализации нового подхода важно обеспечить сочетаемость (системность) методов оплаты разных видов медицинской помощи, поскольку стимулы поликлиник к оптимизации структуры оказания медицинской помощи могут оказаться недостаточными. Фондодержание является частью более широкой системы оплаты различных видов медицинской помощи, состоящей из следующих элементов:

— учреждение первичной медико-санитарной помощи оплачивается на основе подушевого норматива, который включает в себя затраты фондодержателя на оказание установленных видов медицинской помощи (амбулаторно-поликлиническая, скорая, стационарная, стационароразмещающая) в зависимости от выбранной модели фондодержания;

— стационарная помощь оплачивается на основе предварительно согласованных объемов. Единица планирования и оплаты — законченный случай стационарного лечения.

Переход к модели фондодержания требует жесткой реализации принципа прикрепления пациента к одному учреждению первичной медико-санитарной помощи. Гражданин выбирает учреждение, к которому он прикрепляется, направляя заявление установленной формы. Гражданин вправе выбирать (прикрепляться) для получения первичной медико-санитарной помощи к амбулаторно-поликлиническому или стационарно-поликлиническому учреждению по собственному желанию. Если застрахованный не сделал выбор, он считается прикрепившимся к учреждению первичной медико-санитарной помощи, в зону ответственности которого входит место регистрации или фактического пребывания застрахованного гражданина.

Предоставляя право свободного прикрепления, необходимо оговорить возможности реализации данного права — например, установить определенный максимальный процент превышения нормативной нагрузки на одну должность врача первичного звена.

В условиях фондодержания основная часть плановой специализированной помощи (в амбулаторных и стационарных условиях)

должна оказываться по направлениям участковых врачей и врачей общей практики (придание врачам первичного звена медицинской помощи функции «привратника»).

Представляется целесообразным при внедрении модели фондодержания произвести разделение структур, оказывающих первичную амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь за счет юридического обособления поликлиник и стационаров.

3. Обоснование условий внедрения системы фондодержания в Удмуртской Республике

Ключевой вопрос при внедрении системы фондодержания связан с определением перечня видов медицинской помощи, которые учитываются при разработке подушевого норматива финансирования фондодержателя. В конечном итоге это определяет модель фондодержания, которая задает экономические стимулы медицинской организации, финансируемой на основе подушевого принципа.

При решении поставленного вопроса прежде всего необходимо исходить из того, что система фондодержания направлена на повышение эффективности работы врачей первичного звена в части профилактики здоровья прикрепленного населения, выбора оптимального «маршрута» движения пациента при лечении заболеваний, назначения оптимальных с точки зрения результатов и затрат диагностических и лабораторных исследований.

Система фондодержания будет обеспечивать решение поставленных задач при выполнении следующих условий:

1. Должны быть обеспечены экономические стимулы как для организации в целом, так и для врачей первичного звена. Данное условие реализуется за счет экономического обоснования размера подушевого норматива, который включает в себя расходы на предоставление отдельных видов медицинской помощи.

2. Цели медицинской организации — фондодержателя должны соответствовать задачам, которые ставятся в рамках внедрения системы фондодержания в Удмуртской Республике. Данное условие реализуется за счет формирования правильной организационно-функциональной структуры медицинской организации — фондодержателя.

Для выполнения первого условия необходимо провести обоснование видов медицинской помощи, расходы по которым целесообразно включать в расчет подушевого норматива фондодержателя.

Рисками внедрения фондодержания для пациентов является, главным образом, необоснованная задержка направления в стационар.

Для фондодержателя основным риском является снижение уровня финансирования по сравнению с предшествующим периодом в связи со спецификой заболевания пациента.

Таким образом, используемая модель фондодержания с точки зрения определения видов медицинской помощи, затраты по которым включаются в расчет подушевого норматива, должна исходить из баланса рисков и ответственности — фондодержатель берет на себя только те риски, на которые он влияет. Применение данного принципа управления рисками означает следующие требования к типу нозологий и видам медицинской помощи, затраты по которым должны быть включены в подушевой норматив:

- оказание медицинской помощи не является дорогостоящим (высоки риски нарастания кредиторской задолженности);

- выявление и лечение нозологии «контролируется» врачом, участковым врачом-терапевтом (педиатром), врачом общей практики, семейным врачом.

Данным принципам отвечают следующие виды медицинской помощи:

- амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь (затраты на визиты к участковым врачам-терапевтам, педиатрам, врачам общей практики, узким специалистам, затраты на проведение лабораторных, диагностических исследований);

- скорая и неотложная медицинская помощь (затраты на обеспечение вызова скорой медицинской помощи);

- медицинская помощь, оказываемая в дневных стационарах;

- медицинская помощь, оказываемая в стационарах круглосуточного пребывания, за исключением специализированной медицинской помощи по отдельным видам социально-значимых заболеваний.

Обозначенным критериям, как правило, не отвечает оказание медицинской помощи по некоторым социально-значимым заболеваниям.

В общий перечень социально значимых заболеваний, установленный в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации N 715 от 1 декабря 2004 г., входят:

- туберкулез (в большой степени определяется социальным статусом, уровнем жизни);
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем (поведенческие особенности, образ жизни);
- гепатит В (в большой степени определяется социальным статусом, уровнем жизни);
- гепатит С (в большой степени определяется социальным статусом, уровнем жизни);
- болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) (поведенческие особенности, образ жизни);
- злокачественные новообразования (болезни высокого экологического риска, высокое влияние дефектов системы охраны труда, а также общих особенностей условий труда);
- сахарный диабет;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

В табл. 1 приведен анализ по критериям включения расходов на оказание отдельных видов медицинской помощи в подушевой норматив.

Таблица 1. Оценка оказания социально-значимых видов медицинской помощи по критериям

Наименование социально значимого заболевания	Стоимость оказания медицинской помощи	Уровень влияния
Туберкулез	Высокая	Низкий
Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем,	Высокая	Низкий
Гепатит В	Высокая	Низкий
Гепатит С	Высокая	Низкий
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)	Высокая	Низкий
Злокачественные новообразования	Высокая	Низкий
Сахарный диабет	Высокая	Высокий
Психические расстройства и расстройства поведения	Высокая	Низкий
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	Средняя	Высокий

Таким образом, целесообразно на первом этапе развития системы фондодержания исключить из расчета подушевого норматива финансирования следующих медицинских учреждений:

- ГУЗ «Республиканская клиническая туберкулезная больница»;
- ГУЗ «Чуровская республиканская туберкулезная больница»;
- ГУЗ «Республиканская клиническая психиатрическая больница»;
- ГУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер»;
- ГУЗ «Третья республиканская психиатрическая больница»;
- ГУЗ «Первая республиканская психоневрологическая больница»;
- ГУЗ «Вторая республиканская психиатрическая больница»;
- ГУЗ «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;
- ГУЗ «Республиканский врачебно-физкультурный диспансер»;
- ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер».

В отношении данных учреждений здравоохранения в среднесрочной перспективе предполагается сохранить бюджетно-сметную модель финансирования.

Кроме того, в состав подушевого норматива финансирования фондодержателя нецелесообразно включать расходы на стоматологическую медицинскую помощь, так как заболевания зубов в меньшей степени зависят от эффективности работы врача первичного звена.

Выполнение второго условия возможно за счет реорганизации учреждений здравоохранения Удмуртской Республики.

В настоящее время в УР функционируют следующие типы медицинских учреждений, обеспечивающие предоставление медицинской помощи по участковому принципу:

- 1) центральные районные больницы;
- 2) самостоятельные поликлиники;
- 3) взрослые и детские поликлинические отделения в составе больничных учреждений городских округов.

Центральные районные больницы. Данные учреждения функционируют по принципу холдинга в здравоохранении, то есть обеспечивают предоставление медицинской помощи на всех этапах лечения и практически всех видов медицинской помощи за исключением лечения отдельных нозологических форм и предоставления специализированной медицинской помощи, которая оказывается в республиканских учреждениях здравоохранения. В Удмуртской Республике 24 муниципальных района. В каждом районе функционирует одна

центральная районная больница. Центральная районная больница может включать в себя следующие структурные единицы:

- районные участковые больницы в составе ЦРБ;
- поликлинические отделения для взрослых;
- поликлинические акушерско-гинекологические отделения (кабинеты), женские консультации;
- поликлинические детские отделения (кабинеты);
- поликлинические стоматологические отделения (кабинеты);
- амбулаторно-поликлинические отделения других типов;
- отделения скорой помощи в составе больничных учреждений;
- фельдшерско-акушерские пункты.

Функционально-организационная структура центральных районных больниц и цели соответствующих руководителей не противоречат целям фондодержания при выполнении следующих условий:

1) подушевой норматив финансирования фондодержателя (в данном случае центральной районной больницы) не уменьшается при изменении структуры оказания медицинской помощи, например, при сокращении объемов стационарной помощи (сокращении коек), сокращении вызовов скорой медицинской помощи и т.д.;

2) объем предоставления медицинской помощи жителям других территорий (муниципальных образований УР) относительно невысок.

Первое условие определяется положением об оплате медицинской помощи по подушевому принципу.

Выполнение второго условия оценивается Министерством здравоохранения УР в ходе анализа межтерриториальных потоков пациентов. По итогам данного анализа формируется две группы центральных районных больниц УР:

1) ЦРБ с высокой долей доходов от оказания медицинской помощи неприкрепленному населению;

2) ЦРБ с низкой долей доходов от оказания медицинской помощи неприкрепленному населению.

В отношении учреждений здравоохранения первой группы должно быть принято решение о юридическом обособлении поликлиники, которая будет оказывать медицинскую помощь по участковому принципу.

Самостоятельные поликлиники. В УР самостоятельные поликлиники функционируют в городе Ижевске: три поликлиники для взрослых и пять детских поликлиник. Реорганизация данных учреждений не требуется. В дальнейшем (по итогам оценки работы данных учреждений в системе фондодержания) возможно рассмотреть вопрос об

объединении либо разделении некоторых поликлиник, с тем чтобы, с одной стороны, повысить финансовую устойчивость фондодержателя, а с другой — создать конкурентные условия функционирования фондодержателей.

Взрослые и детские поликлинические отделения в составе больничных учреждений городских округов. В УР данные структурные единицы функционируют в больничных учреждениях городских округов (табл. 2). В данном случае системы задач фондодержания и больничного учреждения несбалансированны, так как руководитель больничного учреждения всегда будет заинтересован в наращивании (сохранении) объемов стационарной помощи в ущерб развитию первичного звена оказания медицинской помощи. Данная ситуация продиктована экономическими стимулами: потери от сокращения объемов оказания стационарной помощи превышают выгоды, полученные в результате эффективной работы первичного звена, в целом для учреждения. В отношении больничных учреждений, в которых функционируют соответствующие подразделения, должна быть проведена реорганизация — поликлинические отделения должны стать самостоятельными поликлиниками.

Таблица 2. Сеть учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь по участковому принципу, в городских округах УР

	Сарапул	Ижевск	Воткинск	Глазов	Можга
Поликлиники для взрослых	-	3	-	-	-
Детские поликлиники	-	5	-	-	-
Поликлинические отделения для взрослых в составе больничных учреждений и других ЛПУ	5	15	4	7	1
Поликлинические детские отделения в составе больничных учреждений	2	16	2	5	1

В табл. 3 обобщены критерии принятия решений по реорганизации существующих учреждений здравоохранения при внедрении системы фондодержания.

Таблица 3. Критерии принятия решений по реорганизации учреждения здравоохранения УР при внедрении системы фондодержания

Тип учреждения	Направления реорганизации	Критерии принятия решения о реорганизации	Комментарии
Центральные районные больницы, в составе которых функционируют поликлинические подразделения	Юридическое обособление поликлиники (создание центральной районной поликлиники)	Доля доходов учреждения от оказания медицинской помощи неприкрепленному населению. Объем стационарной медицинской помощи, предоставляемой жителям других муниципальных образований	Положительное решение по созданию центральной районной поликлиники принимается в случае, если в учреждении наблюдается относительно высокая доля доходов учреждения от оказания медицинской помощи неприкрепленному населению, а также значительные объемы стационарной медицинской помощи предоставляются жителям других муниципальных образований УР
	Создание поликлинического подразделения в структуре учреждения, создание офисов общей врачебной практики	Отсутствие поликлинического подразделения в структуре учреждения	Положительное решение по созданию поликлинического подразделения в структуре учреждения (офисов ОВП) принимается для тех учреждений где в настоящее время отсутствуют такие подразделения. В настоящее время в 8 ЦРБ УР отсутствуют поликлинические подразделения. Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается в ФАПх
Самостоятельные поликлиники	Объединение поликлиник Перераспределение участков между поликлиниками	Возникновение кредиторской задолженности при внедрении системы фондодержания. Ухудшение состояния здоровья населения при внедрении системы фондодержания	По итогам оценки работы данных учреждений в системе фондодержания возможно рассмотреть вопрос о объединении подразделения некоторых поликлиник, с тем чтобы, с одной стороны, повысить финансовую устойчивость фондодержателя, с другой — создать конкурентные условия функционирования фондодержателей
Больничные учреждения, в составе которых функционируют поликлинические подразделения	Юридическое обособление поликлиники	Наличие поликлинических подразделений в больничных учреждениях, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному населению по участковому принципу	В данном случае системы задач фондодержания и больничного учреждения несбалансированы, так как руководителем больничного учреждения всегда будет заинтересован в наращивании (сохранении) объемов стационарной помощи в ущерб развитию первичного звена оказания медицинской помощи. В отношении больничных учреждений, в которых функционируют соответствующие подразделения, должна быть проведена реорганизация — поликлинические отделения должны стать самостоятельными поликлиниками

4. Установление правил определения подушевых нормативов финансирования и порядка при внедрении системы фондодержания

Дифференцированные подушевые нормативы устанавливают размер финансовых средств (в рублях), предназначенных для оплаты медицинской помощи в расчете на одного поставленного на учет в МУ-Фондодержателе гражданина, и учитывают различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам граждан (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности в медицинской помощи.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования МУ-Фондодержателя устанавливаются в соответствии с формулами (1)–(2):

$$ПН_j^{му\phi_i} = ПНПЗ_{МП}^j \times K_{нз}^j \times K_{корр.} + H_{СД}^j, \quad (1)$$

где $ПН_j^{му\phi_i}$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ-Фондодержателя i муниципального образования j ;

$ПНПЗ_{МП}^j$ — подушевой норматив плановых затрат на оказание медицинской помощи в муниципальном образовании j (по видам расходов, предусмотренных территориальной программой ОМС);

$K_{нз}^j$ — коэффициент половозрастных затрат МУ-Фондодержателя i муниципального образования j ;

$H_{СД}^j$ — норматив финансирования собственной деятельности МУ-Фондодержателя i муниципального образования j (включается в расчет при переходе на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС);

$K_{корр.}$ — коэффициент корректировки величины плановых затрат.

$$ПНПЗ_{МП}^j = \frac{ПЗ_{СМП}^j + ПЗ_{СТМП}^j + ПЗ_{МП}^{j-обл.} + ПЗ_{СЗМП}^j + ПЗ_{АПП}^j}{ЗН^j}, \quad (2)$$

где $ПЗ_{СМП}^j$ — плановые затраты на скорую медицинскую помощь в муниципальном образовании j (включаются в расчет при переходе на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС);

$ПЗ_{СТМП}^j$ — плановые затраты на стационарную медицинскую помощь, включая родильные дома, в муниципальном образовании j ;

$PЗ_{МП}^{j_obl.}$ — плановые затраты на амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь в областных государственных учреждениях Удмуртской Республики (за исключением медицинской помощи по социально значимым заболеваниям), оказываемую гражданам, поставленным на учет в МУ-Фондодержателях муниципального образования j ;

$PЗ_{СЗМП}^j$ — плановые затраты на стационарозамещающую медицинскую помощь в муниципальном образовании j ;

$PЗ_{МП}^j$ — плановые затраты на амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь в муниципальном образовании j ;

$ЗН^j$ — прикрепленное застрахованное население в муниципальном образовании j ;

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования ОМС в расчете на одного поставленного на учет в конкретном МУ-Фондодержателе гражданина рассчитываются в разрезе страховых медицинских организаций (далее — СМО) и устанавливаются в соответствии с формулой (3):

$$ПН_{муф_j}^{смор_i} = ПН_j^{муф_i} \times Кнз_{муф_j}^{смор_i} \times K_{корр} , \quad (3)$$

где $ПН_{муф_j}^{смор_i}$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ-Фондодержателя i , оказывающего медицинскую помощь на территории муниципального образования j , страховой медицинской организацией β ;

$ПН_j^{муф_i}$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ-Фондодержателя i муниципального образования j ;

$Кнз_{муф_j}^{смор_i}$ — коэффициент половозрастных затрат по МУ-Фондодержателю i муниципального образования j для медицинской организации β ;

$K_{корр}$ — коэффициент корректировки, который рассчитывается по формуле:

$$K_{корр} = \frac{\sum_{i=1, \beta=1}^{n, k} ПН_{муф_j}^{смор_i} \times Чнз_{муф_j}^{смор_i}}{\sum_{i=1}^n ПН_j^{муф_i} \times Чнз_j^{муф_i}} , \quad (4)$$

где $Чнг_{муф_j}^{смор}$ — количество поставленных на учет граждан в МУ-Фондодержателе i муниципального образования j , застрахованных в страховой медицинской организации β ;

$Чнг_j^{муф_i}$ — численность застрахованных граждан, поставленных на учет в МУ-Фондодержателе i муниципального образования j .

5. Вневедомственный контроль качества при внедрении системы фондодержания

Роль вневедомственного контроля качества медицинской помощи при внедрении системы фондодержания существенно возрастает, так как данный механизм является основным экономическим рычагом воздействия на работу фондодержателей. Ведь результатом вневедомственного контроля качества является наложение штрафных санкций на медицинскую организацию в случае, если выявлены нарушения при оказании медицинской помощи. Данный механизм должен стать реальным противодействием основному риску при внедрении системы фондодержания — это снижение качества оказания медицинской помощи.

Для того чтобы вневедомственный контроль качества медицинской помощи был эффективным, необходимо решение следующих задач:

1. Разработка региональных стандартов медицинской помощи и соответствующих медико-экономических стандартов. Контроль качества медицинской помощи невозможен без наличия нормативных документов, которые задают требования к лечению заболеваний. Отсутствие данных требований существенно снижает объективность принятия решений экспертами, осуществляющими проверку случаев оказания медицинской помощи.

2. Разработка перечня критериев формирования случаев лечения, по которым экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в обязательном порядке. Это позволит повысить результативность проверок с точки зрения выявления нарушений при оказании медицинской помощи.

3. Увеличение размера отчислений на ведение дела страховых медицинских организаций. Это позволит страховым медицинским организациям повысить качество и объемы проверок. При этом целе-

сообразно установить объемы экспертиз для каждой СМО в договоре, заключаемом между СМО и ТФОМС УР. На первом этапе необходимо обеспечить проведение экспертиз не менее 40% всех случаев оказания медицинской помощи.

4. Повышение штрафных санкций при несоответствии оказанной медицинской помощи установленным в стандартах требованиям. Фондодержатели должны иметь реальный экономический стимул, направленный на обеспечение предоставления качественной медицинской помощи.

Кроме того, необходимо увеличить числ тематических экспертиз по отдельным группам наиболее значимых заболеваний. Данные экспертизы могут проводиться СМО или ТФОМС УР. Проведение тематических экспертиз направлено на совершенствование технологии лечения заболеваний и повышение качества оказания медицинской помощи.

6. Оценка деятельности поликлиник при внедрении системы фондодержания

Система фондодержания нацелена прежде всего на повышение структурной эффективности здравоохранения УР, поэтому основная часть поощрения поликлиник формируется на основе показателей, характеризующих их вклад в сокращение необоснованной стационарной помощи. Для этого потребуются совершенствование клинической деятельности и расширение объема профилактических мероприятий. Тем не менее необходимость поощрения за показатели клинической деятельности не исчезает, особенно на первом этапе реализации системы фондодержания, когда поликлиникам трудно будет преодолеть искушение решать свои проблемы путем сокращения числа направлений пациентов на другие этапы оказания медицинской помощи. Требуется систематическая оценка клинической деятельности поликлиник.

Такая оценка предполагает сравнение поликлиник по набору показателей. Их можно разделить на две группы — показатели результативности и показатели дефектов. В частности, для поликлиники для взрослых возможно использование следующих показателей.

Показатели результативности:

1. Предотвратимая смертность населения в том числе:
 - перинатальная;
 - в трудоспособном возрасте.
2. Первичный выход на инвалидность.
3. Реабилитация инвалидов (полная и частичная), % к имевшим инвалидность.
4. Охват первой группой диспансерного учета.
5. Годность призывников к строевой деятельности, % к числу лиц призывного возраста.
6. Среднее пребывание на больничном листе по классам заболеваний.
7. Число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 обслуживаемого населения.

Показатели дефектов:

1. Выявление больных в выраженной стадии по группам болезней.
2. Случаи смертности на дому, не наблюдавшиеся врачом.
3. Обоснованные жалобы на неэтичное поведение персонала, дефекты диагностики и лечения.

Этот набор показателей может корректироваться в отдельных территориях УР — в зависимости от приоритетных задач. Оценка проводится на основе модели конечных результатов (МКР). Для каждой поликлиники оценивается коэффициент достижения результата в части показателей клинической деятельности (КДР клинической деятельности).

При этом возможны три варианта использования результатов этой оценки.

Первый — *фондообразующий*. На основе КДР клинической деятельности рассчитывается размер поощрения.

Второй — *оценочный*. Устанавливается минимальный размер КДР клинической деятельности, который является «порогом» для выплаты поощрений. Если КДР ниже, например, 0,7 (макс. 1), то вопрос о поощрении за структурную эффективность отпадает сам по себе. Важно учитывать, что сравнение показателей клинической деятельности имеет смысл и без поощрений. Они являются основой формирования репутации поликлиники. Дальновидные менеджеры и ответственные врачи понимают, что высокий КДР клинической деятельности — это

потенциальное доверие пациентов, которое, среди прочего, обещает и дополнительные поступления от оказания платных услуг. КДР по клинической деятельности может выполнять функцию «фильтра» для отсекаемых учреждений, которые ориентированы только на непосредственный экономический результат в ущерб пациенту.

Третий — *смешанный*. В данном случае рассчитываются не два КДР (по структурной эффективности и клинической деятельности), а один интегрированный — на весь набор показателей деятельности поликлиники. Соответственно, поощрение поликлиники не делится на экономическую и клиническую часть. Плюс этого подхода — в его системности. Минус — в сложности реализации.

Стимулирование деятельности работников поликлиник

Стимулы, формируемые системой оплаты, должны доводиться до каждого подразделения медицинских учреждений, до каждого работника. С этой целью в каждом медицинском учреждении разрабатывается модель внутривозрастных отношений. Она оформляется Положением о формировании и использовании фондов материального поощрения, производственного и социального развития. В соответствии с ним медицинское учреждение получает право использования средств на стимулирование работников и развитие, а учредитель учреждения — гарантию целевого и рационального расходования средств.

Ключевая задача формирования внутривозрастных отношений — стимулирование первичного звена (участковой службы и врачей общей практики) к расширению объема своей деятельности и повышению ответственности за состояние здоровья прикрепленного населения. Для решения этой задачи в рамках поликлиники проводится оценка деятельности отдельных врачебных участков прикрепления — на основе моделей оценки эффективности и модели конечных результатов. Используется примерно тот же алгоритм оценки, как и для поликлиники в целом. Поощрение получают те врачи, которые имеют менее затратную картину оказания всех видов медицинской помощи на своих участках и имеют лучшие показатели клинической деятельности.

Информационное обеспечение этой системы оплаты осуществляется страховщиком на основе формируемой им базы данных. Он форми-

рует «профили» поликлиник по внешним потокам услуг — как амбулаторной, так и стационарной, а также по показателям клинической деятельности. Вся медико-экономическая информация о получении услуг в других медицинских организациях поступает в поликлинику, а в ее пределах — участковому врачу или врачу общей практики в разрезе участков прикрепления.

Роль вневедомственного контроля качества медицинской помощи при внедрении системы фондодержания существенно возрастет, так как данный механизм является основным экономическим рычагом воздействия на работу фондодержателей. Ведь результатом вневедомственного контроля качества является наложение штрафных санкций на медицинскую организацию в случае, если выявлены нарушения при оказании медицинской помощи. Данный механизм должен стать реальным противодействием основному риску при внедрении системы фондодержания — это снижение качества оказания медицинской помощи.

Для того чтобы вневедомственный контроль качества медицинской помощи был эффективным, необходимо решение следующих задач:

1. Разработка региональных стандартов медицинской помощи и соответствующих медико-экономических стандартов. Контроль качества медицинской помощи невозможен без наличия нормативных документов, которые задают требования к лечению заболеваний. Отсутствие данных требований существенно снижает объективность принятия решений экспертами, осуществляющими проверки случаев оказания медицинской помощи.

2. Разработка перечня критериев формирования случаев лечения, по которым экспертиза качества медицинской помощи осуществляется в обязательном порядке. Это позволит повысить результативность проверок с точки зрения выявления нарушений при оказании медицинской помощи.

3. Увеличение размера отчислений на ведение дела страховых медицинских организаций. Это позволит страховым медицинским организациям повысить качество и объемы проверок. При этом целесообразно установить объемы экспертиз для каждой СМО в договоре, заключаемом между СМО и ТФОМС УР. На первом этапе необходимо обеспечить проведение экспертиз не менее 40% всех случаев оказания медицинской помощи.

4. Повышение штрафных санкций при несоответствии оказанной медицинской помощи установленным в стандартах требованиям. Фондодержатели должны иметь реальный экономический стимул, направленный на обеспечение предоставления качественной медицинской помощи.

Кроме того, необходимо обеспечить увеличение числа тематических экспертиз по отдельным группам наиболее значимых заболеваний. Данные экспертизы могут проводиться СМО или ТФОМС УР. Проведение тематических экспертиз направлено на совершенствование технологии лечения заболеваний и повышение качества оказания медицинской помощи.

7. ПРИЛОЖЕНИЕ.

Пакет проектов нормативных правовых актов, необходимых для реализации Концепции

Министерство здравоохранения
Удмуртской Республики

Удмуртский территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования

от [дата]

№ [номер]

П Р И К А З

г. Ижевск

О переходе на оплату медицинской
помощи по подушевому принципу
в системе обязательного медицинского
страхования

В целях осуществления перехода на эффективные способы оплаты медицинской помощи в зависимости от конечного результата деятельности и качества медицинской помощи

ПРИКАЗЫВАЕМ:

1. Утвердить прилагаемые:

Порядок учета численности граждан, обслуживаемых учреждениями (организациями) здравоохранения при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Удмуртской Республики;

Положение об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики по подушевому принципу;

Перечень учреждений здравоохранения, которые переходят на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике по подушевому принципу.

2. Рекомендовать руководителям органов управления и учреждений здравоохранения муниципальных образований Удмуртской Республики, указанных в Перечне учреждений здравоохранения, кото-

рые переходят на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики по подушевому принципу, руководствоваться в своей деятельности Порядком учета численности граждан, обслуживаемых учреждениями (организациями) здравоохранения при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Удмуртской Республики, и Положением об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики по подушевому принципу, утвержденными пунктом 1 настоящего приказа.

3. Установить, начиная с [дата], оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики по подушевому принципу в учреждениях здравоохранения согласно Перечню учреждений здравоохранения, которые переходят на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике по подушевому принципу.

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Министерства
здравоохранения Удмуртской
Республики, Удмуртского
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования

Порядок
учета численности граждан, обслуживаемых
учреждениями (организациями) здравоохранения
при оказании первичной медико-санитарной помощи
на территории Удмуртской Республики

Настоящий Порядок учета численности граждан, обслуживаемых учреждениями (организациями) здравоохранения при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Удмуртской Республики (далее именуется — Порядок), разработан на основании Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, в целях реализации права граждан на выбор медицинского учреждения и организации учета численности застрахованных граждан, обслуживаемых учреждениями (организациями) здравоохранения при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Удмуртской Республики, и упорядочения расчетов при установлении дифференцированных подушевых нормативов финансирования.

1. Органы управления здравоохранением муниципальных образований осуществляют организацию медицинского обслуживания населения по участковому принципу с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности доврачебной помощи, врачебной помощи, скорой медицинской (неотложной) помощи в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, органов исполнительной власти Удмуртской Республики и органов местного самоуправления, а также Порядком организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу, утверж-

денным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2006 г. № 584.

2. Распределение населения по врачебным участкам осуществляется руководителями амбулаторно-поликлинических или стационарно-поликлинических учреждений здравоохранения, функционирующих в системе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан в соответствии с Порядком организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2006 г. № 584.

3. Гражданин в соответствии с договором обязательного медицинского страхования (далее именуется гражданин) реализует свое право на выбор учреждения здравоохранения в системе ОМС Удмуртской Республики, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, путем постановки на учет в выбранном им учреждении здравоохранения.

4. Учреждение здравоохранения не вправе отказать гражданину в постановке на учет по его заявлению при наличии страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования, выданного страховой медицинской организацией в соответствии с договором обязательного медицинского страхования, если он фактически проживает на территории обслуживания поликлиникой независимо от регистрации по месту жительства.

5. Для постановки на учет в учреждении здравоохранения гражданин (законный представитель гражданина, не достигшего возраста 15 лет) представляет в регистратуру учреждения здравоохранения:

1) заявление о выборе учреждения здравоохранения по форме согласно приложению 1 к настоящему Порядку, подтверждающее согласие на использование персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством;

2) паспорт (для граждан, не достигших 15 лет, свидетельство о рождении (паспорт)), паспорт законного представителя;

3) страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования.

6. Сотрудник регистратуры учреждения здравоохранения в день поступления заявления осуществляет постановку на учет гражданина в выбранном им учреждении здравоохранения путем внесения соответствующих изменений в записи базы данных о пациентах.

7. При выборе (смене) учреждения здравоохранения сотрудник регистратуры обязан поставить на титульном листе амбулаторной карты гражданина штамп, свидетельствующий о его постановке на учет в учреждении здравоохранения, с указанием наименования учреждения здравоохранения, даты постановки на учет и подписи сотрудника регистратуры.

8. Сотрудник регистратуры в течение одного рабочего дня с момента поступления заявления передает его на рассмотрение руководителю учреждения здравоохранения для решения вопроса о прикреплении гражданина для медицинского обслуживания на соответствующем врачебном терапевтическом (педиатрическом) участке. Учреждение здравоохранения не вправе отказать гражданину в оказании медицинской помощи, в том числе до принятия решения о его прикреплении для медицинского обслуживания на соответствующем врачебном терапевтическом (педиатрическом) участке.

9. В случае отсутствия письменного заявления гражданина о выборе учреждения здравоохранения он считается поставленным на учет в учреждении здравоохранения согласно его регистрации по месту жительства.

10. Учреждения здравоохранения в соответствии с договором на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по обязательному медицинскому страхованию ежемесячно предоставляют персоналифицированную информацию об объемах медицинских услуг и сведения о гражданах, поставленных на учет для медицинского обслуживания, в страховые медицинские организации, которые направляют указанную информацию в Удмуртский территориальный фонд обязательного медицинского страхования в порядке и сроки, установленные договором о финансировании обязательного медицинского страхования.

12. Сведения о поставленных на учет гражданах отражаются в регистре застрахованного населения Удмуртской Республики.

УТВЕРЖДЕНО
Приказом Министерства
здравоохранения УР,
Удмуртского территориального
фонда обязательного
медицинского страхования

Положение
об оплате медицинской помощи в системе обязательного
медицинского страхования Удмуртской Республики
по подушевому принципу

1. Общие положения

Положение об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики по подушевому принципу (далее именуется Положение) разработано с целью рационального использования ресурсов лечебно-профилактических учреждений и контроля за их потреблением, возможности прогнозирования общего объема финансирования медицинской помощи, а также формирования экономической заинтересованности медицинских работников.

2. Основные понятия и термины

Основные понятия и термины, используемые в Положении:

Медицинские учреждения (организации) — Фондодержатели (далее — МУ-Фондодержатели) — амбулаторно-поликлинические учреждения (организации) — самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений любой формы собственности, за исключением стоматологических поликлиник и женских консультаций, а также врачи общей (семейной) практики, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности и оказывающие в установленном порядке медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий оказания населению Удмуртской Республики бесплатной медицинской помощи на соот-

ветствующий год, в которых встали на учет граждане для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Гражданин (граждане) (применительно к настоящему Положению) — гражданин (граждане), имеющий постоянное место жительства на территории Удмуртской Республики, застрахованный по ОМС в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования граждан на территории Удмуртской Республики, поставленный на учет в МУ-Фондодержателе для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу в соответствии с Порядком учета численности граждан, обслуживаемых учреждениями (организациями) здравоохранения при оказании первичной медико-санитарной помощи на территории Удмуртской Республики.

Медицинские учреждения (организации) — Исполнители (далее — МУ-Исполнители) — медицинские учреждения (организации) (стационары, дневные стационары медицинских учреждений (организаций), самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе больничных учреждений любой формы собственности, а также врачи общей (семейной) практики, оказывающие гражданам внешние медицинские услуги.

Внешние медицинские услуги — консультативные, амбулаторно-поликлинические услуги, стационарная помощь, включая родильные дома, медицинские услуги дневных стационаров всех типов, оказываемые МУ-Исполнителем гражданам, за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий оказания населению Удмуртской Республики бесплатной медицинской помощи на соответствующий год.

Фондодержание — способ подушевого финансирования МУ-Фондодержателя, при котором подушевой норматив включает финансовые средства, обеспечивающие собственную деятельность МУ-Фондодержателя и средства на оплату внешних медицинских услуг, оказанных гражданину МУ-Исполнителем по утвержденным тарифам.

Дифференцированный подушевой норматив МУ-Фондодержателя — подушевой норматив на одного гражданина, рассчитанный в соответствии с утвержденным Положением.

Финансовый результат — остаток средств от оплаты оказанных медицинских услуг поставленным на учет в МУ-Фондодержателе гражданам. В случае превышения суммы планового объема финансовых средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи,

оказываемой гражданам, поставленным на учет в МУ-Фондодержателях, над суммой, оплаченной за оказанную медицинскую помощь, величина финансового результата будет положительной. В случае превышения суммы, оплаченной за оказанную медицинскую помощь гражданам, поставленным на учет в МУ-Фондодержателях, над плановым объемом финансовых средств, величина финансового результата будет отрицательной.

3. Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования МУ-Фондодержателей

3.1. Дифференцированные подушевые нормативы устанавливают размер финансовых средств (в рублях), предназначенных для оплаты медицинской помощи в расчете на одного поставленного на учет в МУ-Фондодержателе гражданина, и учитывают различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам граждан (населения) в зависимости от пола, возраста и потребности граждан в медицинской помощи.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования МУ-Фондодержателя устанавливаются в соответствии с формулами (1)–(2):

$$ПН_j^{муф_i} = ПНПЗ_{МП}^j \times K_{пз}^{ij} \times K_{корр.} + H_{СД}^{ij}, \quad (1)$$

где $ПН_j^{муф_i}$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ-Фондодержателя i муниципального образования j ;

$ПНПЗ_{МП}^j$ — подушевой норматив плановых затрат на оказание медицинской помощи в муниципальном образовании j (по видам расходов, предусмотренных территориальной программой ОМС);

$K_{пз}^{ij}$ — коэффициент половозрастных затрат МУ-Фондодержателя i муниципального образования j ;

$H_{СД}^{ij}$ — норматив финансирования собственной деятельности МУ-Фондодержателя i муниципального образования j (включается в расчет при переходе на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС);

$K_{корр.}$ — коэффициент корректировки величины плановых затрат.

$$ПНПЗ_{МП}^j = \frac{ПЗ_{СМП}^j + ПЗ_{СТМП}^j + ПЗ_{МП}^{j_обл.} + ПЗ_{СЗМП}^j + ПЗ_{АПП}^j}{ЗН^j}, \quad (2)$$

где $ПЗ_{СМП}^j$ — плановые затраты на скорую медицинскую помощь в муниципальном образовании j (включаются в расчет при переходе на одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС);

$ПЗ_{СТМП}^j$ — плановые затраты на стационарную медицинскую помощь, включая родильные дома, в муниципальном образовании j ;

$ПЗ_{МП}^{j_обл.}$ — плановые затраты на амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь в областных государственных учреждениях Удмуртской Республики (за исключением медицинской помощи по социально-значимым заболеваниям), оказываемую гражданам, поставленным на учет в МУ-Фондодержателях муниципального образования j ;

$ПЗ_{СЗМП}^j$ — плановые затраты на стационарозамещающую медицинскую помощь в муниципальном образовании j ;

$ПЗ_{АПП}^j$ — плановые затраты на амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь в муниципальном образовании j ;

$ЗН^j$ — прикрепленное застрахованное население в муниципальном образовании j ;

3.2. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования ОМС в расчете на одного поставленного на учет в конкретном МУ-Фондодержателе гражданина рассчитываются в разрезе страховых медицинских организаций (далее — СМО) и устанавливаются в соответствии с формулой (3):

$$ПН_{муф_j}^{СМО_\beta} = ПН_j^{муф_i} \times Кпз_{муф_j}^{СМО_\beta} \times К_{корр}, \quad (3)$$

где $ПН_{муф_j}^{СМО_\beta}$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ-Фондодержателя i , оказывающего медицинскую помощь на территории муниципального образования j , страховой медицинской организацией β ;

$ПН_j^{муф_i}$ — дифференцированный подушевой норматив финансирования МУ-Фондодержателя i муниципального образования j ;

$Кпз_{муф_j}^{СМО_\beta}$ — коэффициент половозрастных затрат по МУ-Фондодержателю i муниципального образования j для медицинской организации β ;

$K_{\text{корр}}$ — коэффициент корректировки, который рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{корр}} = \frac{\sum_{i=1, \beta=1}^{n, k} ПН_{\text{муф}_j^i}^{\text{смоб}} \times Чнз_{\text{муф}_j^i}^{\text{смоб}}}{\sum_{i=1}^n ПН_j^{\text{муф}_i} \times Чнз_j^{\text{муф}_i}}, \quad (4)$$

где $Чнз_{\text{муф}_j^i}^{\text{смоб}}$ — количество поставленных на учет граждан в МУ-Фондодержателе i муниципального образования j , застрахованных в страховой медицинской организации β ;

$Чнз_j^{\text{муф}_i}$ — численность застрахованных граждан, поставленных на учет в МУ-Фондодержателе i муниципального образования j .

4. Порядок расчетов СМО с МУ-Фондодержателем

4.1. Расчет финансовых средств МУ-Фондодержателя ($V^{\text{муф}_j^i}$) (далее — средства МУ-Фондодержателя) производится ежемесячно страховыми медицинскими организациями по формуле:

$$V^{\text{муф}_j^i} = ПН_{\text{муф}_j^i}^{\text{смоб}} \times Чнз_{\text{муф}_j^i}^{\text{смоб}} \quad (5)$$

и доводится в срок до 15 числа текущего месяца до сведения МУ-Фондодержателя.

4.2. За счет средств МУ-Фондодержателя СМО производит оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, поставленным на учет в МУ-Фондодержателе, на основании персонифицированной информации, предоставляемой МУ-Фондодержателем, и персонифицированной информации и счетов МУ-Исполнителей за консультативные, амбулаторно-поликлинические услуги, стационарную, включая родильные дома, и стационарозамещающую помощь, оказанные гражданам, поставленным на учет в МУ-Фондодержателе.

4.3. Кроме того, из средств МУ-Фондодержателя СМО производит удержание сумм оплаченной медицинской помощи, оказанной гражданам, поставленным на учет в МУ-Фондодержателе, в государственных республиканских учреждениях Удмуртской Республики.

4.4. Предоставление в ЧОФОМС персонифицированной информации об объемах медицинских услуг осуществляется в соответствии с Договором о финансировании обязательного медицинского стра-

хования. Оплата услуг, указанных в пункте 4.2. настоящего Положения, МУ-Фондодержателям и МУ-Исполнителям производится СМО в соответствии с требованиями действующего Положения о порядке оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

4.5. В целях осуществления МУ-Фондодержателем анализа случаев оказания МУ-Исполнителями медицинской помощи гражданам, поставленным на учет в данном МУ-Фондодержателе, на соответствие собственному учету выписанных направлений, а также для расчета финансового результата, страховыми медицинскими организациями в срок до 25-го числа месяца, следующего за отчетным, формируются файлы персонифицированного учета в разрезе МУ-Исполнителей в формате *.dbf и предоставляются МУ-Фондодержателю.

4.6. СМО проводит плановый и целевой вневедомственный контроль в МУ-Фондодержателе ежемесячно и в МУ-Исполнителях (в том числе и по запросу МУ-Фондодержателя) в соответствии с действующим Положением о вневедомственном контроле объемов и качества медицинской помощи при осуществлении обязательного медицинского страхования в Удмуртской Республике. Рассматривает жалобы граждан и представляет материалы их разбора через месяц, следующий за отчетным.

4.7. В случае несогласия МУ-Фондодержателя с произведенной СМО оплатой внешних медицинских услуг и выявления в ходе проведения анализа спорных случаев МУ-Фондодержатель вправе направить в СМО Обращение о проведении вневедомственного контроля качества медицинской помощи, оказанной поставленным на учет гражданам, (далее именуется Обращение) согласно приложению 1 к настоящему Положению. Обращение оформляется и предоставляется в соответствующую СМО в течение 10 дней с момента получения МУ-Фондодержателем файлов персонифицированного учета в разрезе МУ-Исполнителей.

СМО на основании Обращения МУ-Фондодержателя проводит в МУ-Исполнителях целевой вневедомственный контроль качества медицинской помощи по критериям, определенным МУ-Фондодержателем согласно приложению 5 к настоящему Положению, в соответствии с действующим Положением о вневедомственном контроле качества медицинской помощи в системе ОМС на территории Удмуртской Республики.

Обращения, предоставленные в СМО позднее указанного срока, рассмотрению не подлежат.

4.8. СМО в срок до 14 числа месяца, следующего за месяцем получения Обращения, представляет результаты вневедомственного контроля качества медицинской помощи в УТФОМС и информирует МУ-Фондодержателя о суммах, не подлежащих оплате, путем направления МУ-Фондодержателю копии Актов вневедомственного контроля качества медицинской помощи в МУ-Исполнителях, проведенного по Обращению МУ-Фондодержателя.

4.9. По результатам расчетов за месяц МУ-Фондодержатель в течение 3 дней с момента получения от страховых медицинских организаций файлов персонифицированного учета в разрезе МУ-Исполнителей определяет по каждой СМО финансовый результат, оформляет Расчет финансового результата (далее именуется Расчет) согласно приложению 2 к настоящему Положению и направляет его в СМО. Суммы, не подлежащие оплате и выявленные в ходе вневедомственного контроля качества медицинской помощи, учитываются при определении финансового результата МУ-Фондодержателя.

4.10. СМО в течение пяти дней производит проверку Расчета, представленного МУ-Фондодержателем.

В случае ненадлежащего оформления Расчета, либо несоответствия данных учета СМО и МУ-Фондодержателя, данный Расчет возвращается МУ-Фондодержателю на доработку в течение 1—2 дней.

Ежемесячно СМО определяет коэффициент достижения результата по МУ-Фондодержателю в соответствии с Методикой расчета коэффициента достижения результата согласно приложению 4 к настоящему Положению по результатам проведенного вневедомственного контроля качества медицинской помощи и работы с поступившими жалобами граждан.

Коэффициент достижения результата не применяется к отрицательному финансовому результату. Отрицательный финансовый результат учитывается при определении суммы финансового результата, подлежащей перечислению МУ-Фондодержателю в последующие периоды.

Сумма, подлежащая к оплате МУ-Фондодержателю за текущий период, уменьшается на сумму, полученную в результате применения коэффициента достижения результата к финансовому результату предшествующего периода.

По принятому Расчету с учетом коэффициента достижения результата СМО оформляет Акт окончательного расчета (далее именуется Акт) согласно приложению 3 к настоящему Положению и направляет его МУ-Фондодержателю, который подписывает его в течение 5 дней.

4.11. В срок до 15-го числа месяца, следующего за расчетным, СМО предоставляет в УТФОМС копии следующих документов: Расчет финансового результата согласно приложению 2 к настоящему Положению, Акт окончательного расчета согласно приложению 3 к настоящему Положению с приложенным к нему расчетом коэффициента достижения результата, подписанные МУ-Фондодержателем и СМО.

4.13. Перечисление средств финансового результата производится СМО в течение пяти рабочих дней с момента получения от МУ-Фондодержателя подписанного Акта.

4.14. Финансовые средства, полученные МУ-Фондодержателем по Акту, могут быть использованы:

- на формирование резерва МУ-Фондодержателя в размере не более 50% среднемесячной суммы финансирования медицинских услуг с целью покрытия расходов, предусмотренных территориальной программой ОМС, в случае возникновения отрицательного финансового результата между планируемыми и фактическими расходами на медицинскую помощь;

- оплату расходов, предусмотренных территориальной программой ОМС;

- выплаты стимулирующего характера работникам в соответствии с локальным нормативным актом МУ-Фондодержателя, устанавливающим порядок таких выплат на основании Трудового кодекса Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов Удмуртской Республики, но не более 40% от полученного финансового результата.

4.14. Использование средств финансового результата на цели иные, чем установлено пунктом 4.13 настоящего Положения, не допускается.

Приложение 4
к Положению об оплате
медицинской помощи
в системе обязательного
медицинского страхования
в Удмуртской Республике

Методика расчета коэффициента достижения результата

Для расчета коэффициента достижения результата оцениваются следующие показатели отчетного месяца:

1. Результаты вневедомственного контроля качества медицинской помощи (далее — ВККМП);
2. Жалобы застрахованных граждан, признанные обоснованными страховыми медицинскими организациями (далее — СМО).

Расчет показателей коэффициента достижения результата проводится ежемесячно страховой медицинской организацией по каждому медицинскому учреждению — Фондодержателю (далее — МУ-ФД) после сдачи отчетов по экспертной деятельности СМО и ежемесячного отчета по работе с обращениями граждан (в соответствии с Договором о финансировании обязательного медицинского страхования), путем суммирования оценок первого и второго показателей.

1. Результаты ВККМП — это процент нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД, от количества проведенных экспертиз качества медицинской помощи.

Показатель рассчитывается на основании результатов проведения ВККМП, оформленных в соответствии с действующим Положением о вневедомственном контроле качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Удмуртской Республики.

Полученный показатель применяется для расчета коэффициента достижения результата ежемесячно, используя показатель предыдущей экспертизы качества медицинской помощи, до следующей экспертизы качества медицинской помощи в данном медицинском учреждении.

Источник получения информации — СМО.

Относительная величина оценки показателя — 0,8.

Расчет коэффициента достижения результата по данному показателю:

— при отсутствии нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД, начисляется 0,8;

— при наличии нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД до 5%, начисляется 0,6;

— при наличии нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД от 5 до 10%, начисляется 0,4;

— при наличии нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД от 10 до 15%, начисляется 0,3;

— при наличии нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД от 15 до 20%, начисляется 0,2;

— при наличии нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД от 20 до 25%, начисляется 0,1;

— при наличии нарушений, выявленных при проведении ВККМП в МУ-ФД свыше 25%, показатель не оценивается.

2. Жалобы застрахованных, признанные СМО обоснованными, — количество обоснованных жалоб застрахованных граждан на МУ-ФД в расчете на 1000 застрахованных граждан, поставленных на учет в данном МУ-ФД.

Для расчета коэффициента достижения результата используются только жалобы застрахованных, признанные СМО обоснованными, за отчетный период.

Источник получения информации — СМО.

Относительная величина оценки показателя — 0,2.

Расчет коэффициента достижения результата по данному показателю:

— при отсутствии жалоб начисляется 0,2;

— при наличии одной жалобы на 1000 застрахованных граждан, поставленных на учет в данном МУ-ФД, начисляется 0,15;

— при наличии двух жалоб на 1000 застрахованных граждан, поставленных на учет в данном МУ-ФД, начисляется 0,1;

— при наличии трех жалоб на 1000 застрахованных граждан, поставленных на учет в данном МУ-ФД, начисляется 0,05;

— при наличии более трех жалоб на 1000 застрахованных граждан, поставленных на учет в данном МУ-ФД, показатель не оценивается.

Приложение 5
к Положению об оплате
медицинской помощи
в системе обязательного
медицинского страхования
в Удмуртской Республике

Критерии Обращения МУ-Фондодержателя по проведению целевого
вневедомственного контроля качества медицинской помощи

Обязательными поводами для проведения целевого вневедомственного контроля качества медицинской помощи по Обращению МУ-Фондодержателя могут быть:

- 1) письменная жалоба граждан, застрахованных по обязательно-му медицинскому страхованию, или их законных представителей;
- 2) запрос правоохранительных органов;
- 3) все виды ятрогенных осложнений или заболеваний после ма-нипуляций, операций, а также случаи внутрибольничного инфици-рования;
- 4) все случаи досуточной летальности;
- 5) повторная госпитализация по поводу одного и того же заболе-вания в течение одного квартала;
- 6) все случаи экстренных госпитализаций по поводу обострения хронических заболеваний;
- 7) случаи впервые выявленных онкологических заболеваний в поздних стадиях и туберкулеза в запущенных формах при условии ранее проведенного обследования с отрицательным результатом по данным заболеваниям в МУ-Исполнителе;
- 8) случаи с расхождением клиничко-поликлинических диагнозов;
- 9) случаи заболеваний с удлиненными и укороченными сроками ле-чения (или удлиненными сроками временной нетрудоспособности);
- 10) все случаи самостоятельного обращения граждан, поставлен-ных на учет в данном МУ-Фондодержателе, в МУ-Исполнители за медицинской помощью, которая могла быть оказана в МУ-Фондодержателе;
- 11) случаи поздней постановки диагноза при неоднократном на-правлении пациентов МУ-Фондодержателем в МУ-Исполнители по одному и тому же поводу.

Препринт WP8/2011/04
Серия WP8
Государственное и муниципальное управление

Степанов Илья Михайлович,
Головщинский Константин Игоревич

**Основные направления создания системы фондодержания
в Удмуртской Республике**

Выпускающий редактор *А.В. Заиченко*
Технический редактор *О.А. Иванова*
Корректор *Е.Л. Качалова*

Отпечатано в типографии Высшей школы экономики
с представленного оригинал-макета.

Формат 60×84 ¹/₁₆. Бумага офсетная. Тираж 150 экз. Уч.-изд. л. 2,35
Усл. печ. л. 2,35. Заказ № . Изд. № 1324

Высшая школа экономики
125319, Москва, Кочновский проезд, 3
Типография Высшей школы экономики

Тел.: (499) 611-24-15