

## ПРОБЛЕМЫ ПЕРЕХОДА НА ПОДУШЕВОЙ ПРИНЦИП ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Шейман И.М.\*

### Аннотация

*В статье рассматривается государственная политика в отношении способов оплаты первичной медико-санитарной помощи в системе обязательного медицинского страхования. Обосновывается необходимость перехода от оплаты посещений врачей к подушевой оплате первичной медико-санитарной помощи. Подвергаются анализу и оцениваются последние нормативные документы по данному вопросу. Предлагаются альтернативные подходы, направленные на сдерживание затрат и усиление профилактической направленности деятельности поликлиник, в том числе метод фондодержания. Рассматриваются методические проблемы формирования норматива подушевой оплаты. Рассматривая возможные риски фондодержания, автор предлагает к обсуждению методы их демпфирования. В качестве возможного варианта изменения метода планирования амбулаторной помощи в статье предложен переход от планирования посещений врачей к планированию, исходящему из численности обслуживаемого населения, нормативов расходов на одного жителя и показателей результатов деятельности поликлиник. В заключение автор приводит алгоритм перехода на подушевой метод оплаты первичной медико-санитарной помощи.*

**Ключевые слова:** здравоохранение; способы оплаты медицинской помощи; первичная медико-санитарная помощь; фондодержание.

Задачи повышения доступности и качества медицинской помощи диктуют необходимость формирования новых экономических стимулов для медицинских организаций. Эти стимулы могут быть разными – в зависимости от способов оплаты, принятых в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). В секторе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) государство, устанавливая способы оплаты медицинской помощи, может мотивировать либо наращивание объемных показателей деятельности поликлиник, либо делать акцент на совершенствование качественных параметров их работы: усиление профилактической направленности, рас-

\* Шейман Игорь Михайлович – кандидат экономических наук, профессор кафедры экономики и управления здравоохранением НИУ ВШЭ, заслуженный экономист России. Адрес: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». 101000, Россия, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. E-mail: igor.sheim@g23.relcom.ru

ширение функционала врачей, поиск эффективной структуры оказываемых услуг, повышение показателей результативности лечебно-профилактической деятельности. Правильно выбранный способ оплаты организаций ПМСП (прежде всего поликлиник) определяет степень реализации этих задач. Процесс его выбора во многом определяется действующими приоритетами политики в области здравоохранения.

Вплоть до последнего времени в системе ОМС доминировала оплата фактических объемов амбулаторных услуг по показателям врачебных посещений и числу детальных услуг (консультаций, диагностических тестов, процедур и пр.), что способствовало расширению объема оказываемых услуг. Поначалу казалось, этого будет достаточно для повышения качества и доступности медицинской помощи, но практика показала иное: ПМСП остается самым слабым звеном системы здравоохранения, ее профилактическая направленность выражена слабо, отсутствуют сильные стимулы к повышению комплексности обслуживания и ориентации на конечный результат – повышение уровня здоровья обслуживаемого населения (Потапчик и др., 2010; Шишкин и др., 2016).

Аналогичная ситуация складывается в зарубежном здравоохранении: многие страны с традиционно доминирующим гонорарным методом оплаты амбулаторных услуг (за каждую оказанную услугу) столкнулись с усилением затратных тенденций в системах здравоохранения, а в конечном счете с недостаточно высокой их эффективностью (Томпсон и др., 2010).

Общая неудовлетворенность состоянием ПМСП активизировала поиск новых форм ее организации и финансирования. В последние полтора десятилетия появился ряд работ, в которых критически оцениваются действующие методы оплаты (Реформирование систем оплаты медицинской помощи, 2002), обсуждаются методические вопросы перехода на подушевой метод оплаты, т.е. финансирование на одного обслуживаемого пациента (Шейман, 2010), анализируются региональные эксперименты с альтернативными методами оплаты (Шейман, 2011).

В зарубежной литературе по этому вопросу можно выделить два основных подхода. Первый – обоснование и практическая разработка подушевого метода оплаты амбулаторной помощи. Наиболее фундаментальные работы были проведены группой экономистов во главе с Дж. Ланген бруннером (Langenbrunner et al., 2009), а также экспертами ВОЗ (Grebetal, 2006; Busse and Mays, 2008). Второй подход – обоснование и разработка интегрированной оплаты первичной и специализированной медицинской помощи с целью объединения этих секторов здравоохранения. Особенно интенсивно идет поиск таких методов в США и Великобритании (Hernández-Quevedo et al., 2013; Ham, 2013).

В последние годы в ряде концептуальных документов развития здравоохранения в России была поставлена задача перехода к подушевой оплате ПМСП<sup>1</sup> и начался процесс нормативного регулирования этого перехода. Министерство здравоохранения и Федеральный фонд ОМС в конце 2015 г. выступили с предложениями об изменении способов оплаты ПМСП и выпустили соответствующие рекомендации<sup>2</sup>.

Но актуальность проблемы сохраняется. Во-первых, по-прежнему нет ясности в отношении перспективы реализации подушевого метода. Складывается впечатление, что авторы предложенного документа по-своему понимают суть этого метода, подменяя его эклектическим сочетанием совершенно разнородных подходов. Во-вторых, остаются неясными варианты подушевого финансирования, а также механизмы их реализации. В данной статье обосновывается необходимость перехода от оплаты посещений врачей к подушевому методу оплаты, критически оценивается вышеупомянутый нормативный документ, предлагаются альтернативные подходы к формированию новой экономической мотивации поликлиник (включая алгоритм перехода к ним), обсуждаются методические проблемы их реализации, в том числе изменение методов планирования амбулаторной помощи.

## Необходимость перехода к подушевому принципу оплаты

В сложившейся в российском здравоохранении ситуации (подробней см.: Шишкин и др., 2016) особое значение приобретают три главных фактора, которые необходимо учитывать при выборе способов оплаты ПМСП.

*Первый фактор – необходимость сдерживания затратного механизма.* Оплата за объемы амбулаторной помощи (посещения, обращения пациентов, отдельные медицинские услуги) несет в себе сильный потенциал затратных тенденций. В России число врачебных посещений на одного жителя в год составляет 9,5 против 6,9 в среднем по ЕС (на 37% больше), а по сравнению с Великобританией и Скандинавскими странами – в 2–3 раза выше<sup>3</sup>. Конечно, россияне чаще болеют, но не этим определяется столь значительный разрыв в объемах амбулаторной помощи. Например, в Москве заболеваемость не сильно отличается от европейской, но и здесь на одного жителя в последнее десятилетие приходилось до 14 посещений (причем без учета ведомственной сети). И лишь в 2014 г. в результате изменений в организации ПМСП это число снизилось до 12,1<sup>4</sup>. Длительное доминирование метода оплаты за посещения привело к многочисленным припискам и искусственному дроблению каждого случая лечения на ненужные посещения, которые положено оплачивать.

Получившая в последнее время (начиная с 2011 г.) повсеместная практика установления лимита затрат поликлиник обеспечивает их предсказуемость, но не решает проблему затратного механизма. Если сохранить оплату за объемы помощи, то вполне возможна ситуация, при которой поликлиники будут вынуждены либо «дотягивать» объемы до плановых значений (иначе можно потерять финансирование в следующем календарном периоде), либо выходить за их пределы. Без сильных стимулов к профилактике заболеваний и более эффективному наблюдению за хронически больными поликлиники не смогут контролировать врачебные посещения. В итоге пациенты будут так же часто обращаться к врачам за необходимой им помощью. Иными словами, рост «вала» объемов помощи сохранится.

*Второй фактор – начавшийся процесс оптимизации сети медицинских учреждений.* Сокращение мощности больниц, растущие требования к обо-

снованности стационарной помощи, усиливающаяся заинтересованность стационаров в лечении более сложных больных неизбежно приведут к перемещению пациентов в амбулаторное звено. Прежний баланс интересов поликлиник и стационаров (поликлиники направляют легких пациентов в стационар, а стационары против этого не возражают) постепенно подрывается, что, несомненно, является позитивной тенденцией.

Но в этой ситуации поликлиники должны получить сильные экономические стимулы к тому, чтобы не только принимать растущее число больных, но и лечить их качественно, не прибегая к помощи стационара. Такие стимулы могут возникнуть только при свободном перемещении средств из стационаров в поликлиники. Действия последних по сокращению потоков пациентов в стационар должны вознаграждаться. Иначе говоря, возникающая экономия на стационарной помощи должна оставаться у поликлиник.

Может ли такое перемещение быть обеспечено при оплате за объемы амбулаторной помощи? Маловероятно, поскольку для этого требуются не столько дополнительные объемы, сколько изменение качественных параметров работы поликлиник: реальная, а не «отчетная» профилактика, повышение уровня наблюдения за хроническими больными, повышение «услугоемкости» каждого контакта с пациентом, освоение новых видов работ, ранее выполняемых в стационаре.

Существенное перемещение средств может обеспечить только метод фондодержания. При этом методе поликлиники получают средства на часть объемов стационарной помощи и оплачивают их из собственных средств. Если они активно занимаются, например, больными с высоким артериальным давлением, то снижается вероятность попадания в стационар с инфарктом или инсультом, а следовательно, возникнет общая экономия средств в системе здравоохранения. Условие сохранения в поликлиниках достигаемой экономии на оказание стационарной помощи является важным фактором повышения эффективности наблюдения за больными в амбулаторных условиях.

*Третий фактор – повышение роли первичной и вторичной медицинской профилактики.* Нехватка государственного финансирования делает профилактику заболеваний и их обострений особенно важной. Меняются требования к организации ПМСП. Повышается значение не только тех услуг, которые можно измерить количественными показателями и оплатить по установленному тарифу (например, прием врача с профилактической целью), но и комплекса трудно измеримых активных действий медицинских работников по предотвращению обострений хронических заболеваний (использование новых средств коммуникаций с ними, вызовы к врачу, корректировка врачебных назначений с использованием электронных средств, организация школ гипертонии, астмы и пр.), а также обеспечению преемственности лечения на каждом этапе. Такая модель организации ПМСП неизбежно вступает в противоречие с методом оплаты за объемы помощи. Последний не способен «уловить» весь процесс наблюдения за пациентом – в силу невозможности измерить каждый его элемент. Возникает *необходимость в оплате интегрированного «продукта» – комплексного и не-*

прерывного наблюдения за прикрепившимся населением. Подушевая оплата, особенно в варианте фондодержания, является инструментом реализации этой цели.

Конечно, при подушевом принципе возможно ограничение объема работ, что порождает опасения снижения доступности медицинской помощи. Но эти опасения представляются нам преувеличенными, прежде всего потому, что в ситуации повышения требований к обоснованности стационарной помощи поликлиникам будет значительно сложнее снижать свою нагрузку, «спихивая» пациентов в стационары. Время нерационального использования коечного фонда постепенно уходит, в связи с чем встает задача создания сильных экономических стимулов для повышения квалификации работников поликлиник и расширения их функционала – путем утверждения принципа сохранения возникающей экономии благодаря стационарной помощи в поликлиниках.

Перспектива «потерять» объемы помощи демпфируется включением показателя объемов в модель конечных результатов, по которой оцениваются качественные аспекты деятельности поликлиник (см. далее). В регионах, где ощущается нехватка объемов, они должны оцениваться с высоким «весом». Это даст возможность органам управления здравоохранением контролировать доступность ПМСП. В регионах, где эта проблема ощущается не так остро, «вес» объемных показателей будет невелик – ниже, чем показателей качества услуг и конечных результатов деятельности амбулаторного звена.

В более широком плане мы предлагаем вообще отказаться от планирования объемов амбулаторной помощи по показателям посещений и обращений в Программе государственных гарантий и при планировании заданий учреждениям ПМСП. Эти показатели, безусловно, нужны для планирования объема работ отдельных подразделений поликлиник, но при их использовании для планирования деятельности учреждения в целом они неизбежно становятся финансовообразующими: от выполнения плана по объемам услуг зависит объем поступлений поликлиник. Они вынуждены наращивать объемы в ущерб качеству лечебно-профилактической помощи. То, что можно сделать для больного в рамках одного посещения, «расписывается» на несколько посещений, а самое главное, поликлинике выгодно каждое дополнительное обращение пациентов с обострениями хронических заболеваний. Отсюда и высокая и постоянно растущая частота вызовов скорой медицинской помощи, высокая нагрузка на стационар (Шишкин и др., 2016). Вместо посещений предлагается планировать:

- численность обслуживаемого населения с выделением половозрастных групп с разными потребностями в ПМСП;
- размер норматива оплаты ПМСП в расчете на одного прикрепившегося жителя;
- главные показатели результативности деятельности учреждений ПМСП, например снижение потребности населения в скорой и стационарной медицинской помощи, уменьшение частоты перехода острых заболеваний в хронические.

Такой подход объясняется спецификой ПМСП. Ее успешность зависит не столько от числа посещений и обращений, сколько от комплексности лечения, координации ведения пациента на разных этапах его лечения, решающего влияния психологической составляющей во взаимодействии врача и пациента, профилактической направленности деятельности врача и целого ряда других факторов, не поддающихся достоверному измерению.

При этом важно сохранить учет объемов амбулаторной помощи. Эта информация необходима для планирования оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации.

Важно преодолеть искушение «улучшить» плановые показатели объемов амбулаторных услуг путем введения планирования по обращениям и даже по методу клинко-статистических групп (КСГ) для амбулаторной помощи, претендующему на более точное отражение сложности случаев амбулаторной помощи (Поляков, 2015). Это можно сделать для стационарной помощи, и это реально делается сегодня в большинстве регионов при ведущей регулирующей и методической роли Минздрава России и ФОМС. Однако данный метод неприменим для ПМСП, поскольку невозможно измерить многие ее критически важные элементы.

Столь же бесперспективна попытка введения показателя числа профилактических посещений как единицы оплаты (с целью расширить профилактическую деятельность поликлиник). Медицинские организации сразу же «рапортуют» об увеличении их числа, используя при этом нехитрые приемы перевода ранее не оплачиваемых видов услуг в разряд профилактических. Именно так произошло в г. Москве после включения подобного решения в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и плановый период 2014–2015 гг. Число профилактических посещений в 2013 г. выросло на 91%, в то время как в 2012 г., когда такой единицы оплаты не было, оно увеличилось лишь на 3%. Причина в «переводе» посещений в связи с диспансеризацией из лечебно-диагностических (по поводу заболевания), как было в предыдущие годы, в профилактические (Гриднев, 2015). Подобные «эксперименты» с методами оплаты никак не способствуют повышению профилактической направленности работы поликлиник.

## Регулирование перехода на подушевой принцип оплаты

Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на 2015 год и 2016–2017 годы (далее – Программа государственных гарантий) устанавливает следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (далее – амбулаторной помощи):

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);
- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу;

- за посещение, за 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);
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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).

Представленные варианты, на наш взгляд, недостаточно четко отражают содержание перехода на новые методы оплаты амбулаторной помощи. Во-первых, остается неясным, что понимается под сочетанием подушевой оплаты с оплатой за единицу объема медицинской помощи. Эта формулировка может трактоваться по-разному: 1) как оплата по тарифам за выделенные услуги дополнительно к оплате по подушевому нормативу, т.е. подушевой принцип оплаты доминирует, а тарифицируется только небольшая часть услуг (по установленному признаку); 2) как сохранение оплаты за объемы медицинской помощи в пределах общей суммы средств, полученных медицинской организацией по подушевому нормативу.

Первый вариант предполагает смену мотивации медицинских организаций ПМСП (прежде всего поликлиник) – они заинтересованы в снижении числа больных людей, повышении качества наблюдения за хронически больными. Второй вариант – это «суррогат» подушевого принципа. Поликлиники по-прежнему заинтересованы в наращивании «вала» объемов медицинской помощи (т.е. увеличении числа больных людей), но у них появляется верхний предел затрат на амбулаторную помощь.

Во-вторых, очень уязвима формулировка «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)». В одном логическом ряду оказались совершенно разные подходы – оплата с учетом конечных результатов деятельности поликлиник и метод, известный организаторам здравоохранения как «фондодержание». Первый подход, строго говоря, не является способом оплаты, так как не предусматривает единицы оплаты. Он должен использоваться в дополнение к любому способу оплаты. Второй же не имеет отношения к результативности и предполагает особую систему экономических отношений – взаиморасчеты между медицинскими организациями.

Эта эклектика отнюдь не безобидна. Возникают вопросы: допускается ли фондодержание? Если допускается, то как его совместить с оплатой за объемы помощи? Какова «глубина» фондодержания, т.е. состав расходов на другие виды помощи, включаемые в подушевой норматив? При чем здесь показатели результативности?

К сожалению, указанные пробелы сохраняются и в «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств

обязательного медицинского страхования» (письмо Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.12.2015). Справедливости ради отметим, что «Методические рекомендации» несколько «подправляют» логику Программы государственных гарантий в части способов оплаты ПМСП, во всяком случае, стало возможным «додумать», какой вариант «сочетания» имеется в виду. Заголовки о подушевой оплате полностью опровергаются следующим положением: «Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи». То есть по существу признается, что никакое «сочетание» не предусматривается, а будет оплата объемов помощи в пределах лимита средств, устанавливаемого по подушевому нормативу финансирования.

Имея такое признание, территориальным фондам ОМС будет намного трудней вводить публику в заблуждение по поводу причин приписок объемов услуг, используя в качестве аргумента подушевой принцип оплаты ПМСП. Теперь всем очевидно, что число врачебных посещений является финансовообразующим показателем: чем их больше, тем больше денег у поликлиник, а следовательно, больше стимулов для приписок. Но при этом лучше не «зарываться» – не выходить за рамки установленного лимита средств.

Другая новация «Методических рекомендаций» все же допускает оплату сверхплановых объемов ПМСП в пределах 10% сверх предельного размера финансового обеспечения поликлиник, правда по решению Комиссии по разработке Территориальной программы государственных гарантий. Если поликлинике удастся обосновать превышение запланированных объемов услуг, то можно получить дополнительные средства. Однако чудес не бывает, добавить деньги одной поликлинике за сверхплановые объемы можно только за счет экономии, достигаемой в другой поликлинике (или за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС). Имея подобные правила «ручного» управления, ни одна поликлиника не будет стремиться к сокращению числа посещений за счет более качественного наблюдения за больными, ведь очень велик риск того, что достигнутую экономию отнимут.

На практике более вероятен хорошо проверенный в 1990-е гг. вариант балансировки превышения объемов за счет снижения тарифов на медицинские услуги и размера подушевого норматива. Не случайно в регионах, где данный способ оплаты уже получил распространение, размер подушевого норматива для поликлиник несколько раз меняется в течение года (Шишкин и др., 2015).

Можно с уверенностью говорить, что предлагаемый принцип управления мотивацией будет снижать финансовую ответственность поликлиник за результаты своей деятельности, а следовательно, снижать стимулы к рациональному планированию деятельности. Превышение фактических объемов помощи над плановым будет легче обосновать, чем предотвратить.

Нам представляется, что эффективность государственного регулирования способов оплаты ПМСП снижается не только из-за отсутствия ясности в отношении целей и механизмов построения новой системы опла-

ты, но и в результате слабой аналитики тех способов, которые реально используются в регионах. Многочисленные НИРы, проведенные разными научными организациями за последние 5–7 лет, остались невостребованными, а практический опыт регионов страны – неучтенным. Регионы, использующие метод фондодержания (например, Калининградская, Томская, Кемеровская области, Пермский край), не смогли доказать его преимущества федеральным органам власти, не получив при этом ни положительной, ни отрицательной оценки Минздрава и Фонда ОМС.

## От простого подушевого метода к фондодержанию

Возможны три главных варианта подушевой оплаты:

- 1) подушевая оплата собственной деятельности поликлиники, т.е. набора тех услуг, которые она оказывает постоянно обслуживаемому населению (*простой подушевой метод*);
- 2) подушевая оплата комплексной амбулаторно-поликлинической услуги. Поликлиника получает финансирование на одного жителя на весь объем услуг амбулаторных услуг и в случае невозможности оказания какой-то услуги покупает ее у других медицинских организаций (*частичное фондодержание*);
- 3) подушевая оплата комплексной медицинской услуги, включая услуги организаций, оказывающих другие виды медицинской помощи. Состав этих услуг, как будет показано далее, может быть разным. Метод предполагает взаиморасчеты между поликлиникой-фондодержателем и другими медицинскими организациями, в том числе стационарами (*полное фондодержание*).

Эти три метода используются в сочетании с дополнительной оплатой за достижение установленных показателей качества и результатов деятельности поликлиник – по модели конечных результатов (МКР). Если не использовать МКР, то велик риск того, что потенциальные недостатки подушевой оплаты будут сильнее ее преимуществ. С помощью этой модели проводится «настройка» системы экономических стимулов в соответствии с показателями, отвечающими задачам модернизации здравоохранения и в наибольшей мере характеризующими качество услуги – результативность ПМСП.

Первый вариант не создает сильных стимулов к расширению объема услуг поликлиник. Он в наибольшей степени подвержен риску «недопроизводства» объемов помощи. Второй вариант создает стимулы к расширению объема амбулаторных услуг собственными силами, но слабо стимулирует поликлиники к сокращению объемов стационарной помощи, поскольку за нее не надо платить. Третий вариант создает сильные стимулы для перемещения больных из стационара в поликлинику, а в случае включения в состав подушевого норматива «расходы на скорую медицинскую помощь» – и стимулы для сокращения ее объемов.

При методе полного фондодержания финансовые риски поликлиник выше. После расчетов со стационаром они могут иметь чистый доход, а могут (в тех случаях, когда им приходится платить за значительные объемы

стационарной помощи) и потерять средства. Эти риски заставляют их наращивать объем собственной деятельности по предотвращению и лечению заболеваний и их обострений. Более того, поликлиники становятся заинтересованными в более качественных консультациях узких специалистов, более полных диагностических исследованиях, предшествующих госпитализации (иначе увеличиваются сроки госпитализации), а также в стационарном лечении с более высоким клиническим исходом, поскольку на них ложится долечивание пациентов в амбулаторных условиях.

Но одновременно возникает риск искусственного сдерживания поликлиникой направлений в стационар, что связано с попыткой сэкономить на стационарной помощи. Желание получить дополнительный доход может оказаться сильнее рациональной оценки последствий искусственной задержки госпитализации больного (появления запущенного случая), требующего дополнительных затрат поликлиники. Кроме того, возникает риск существенного ухудшения финансового положения поликлиники-фондодержателя при появлении большого числа госпитализаций больных со сложными заболеваниями.

Главный механизм нейтрализации этих рисков – использование модели конечных результатов для оценки деятельности поликлиник-фондодержателей и установление связи результатов этой оценки с размером фонда экономического стимулирования (см. далее).

При частичном фондодержании значительно ниже риски искусственного сдерживания обоснованных госпитализаций и финансовых потерь поликлиник, но и ожидаемые результаты также ниже. Что же касается метода подушевого финансирования на объем собственной деятельности поликлиники, то он сдерживает нарастание затратных тенденций, но интерес к профилактике заболеваний и сдерживанию роста объемов стационарной помощи выражен незначительно.

Для субъектов РФ, традиционно использующих оплату за объемы услуг и не имеющих опыта работы по подушевому нормативу, рекомендуется постепенный переход от простого подушевого метода к частичному фондодержанию с последующим принятием решения о целесообразности движения к полному фондодержанию.

Для субъектов РФ, уже использующих простой подушевой метод, рекомендуется переход сначала к частичному, а затем полному фондодержанию. Логика такой рекомендации состоит в том, что метод полного фондодержания сложен для реализации, поэтому каждый регион должен оценить свои возможности. Они будут выше в тех регионах, которые уже работали по принципу подушевого финансирования.

Предлагается *распространить фондодержание только на объемы стационарной помощи, реально контролируемые поликлиникой*, т.е. те виды работ, которые поликлиники могут освоить при наличии экономической мотивации. По нашим оценкам, это не больше 20–30% стоимости стационарной помощи.

На первом этапе не рекомендуется включать в сферу фондодержания скорую медицинскую помощь, но при этом следует учитывать ее объемы

в модели конечных результатов с достаточно высоким «весом» и поощрять поликлиники за снижение ее объемов.

Два главных аргумента в поддержку тезиса об ограниченной сфере фондодержания:

1. Поликлиника-фондодержатель не может нести слишком высокие риски. Наиболее дорогостоящие случаи должна оплачивать система ОМС, чтобы не ставить поликлинику на грань банкротства.
2. Поликлиника-фондодержатель способна контролировать сам факт попадания ее пациентов в стационар (провели профилактические мероприятия и лучше пролечили, тем самым предотвратили госпитализацию), но не общий объем оказанной стационарной помощи. Последний определяется технологией лечения: чем она сложнее, тем выше расходы. Нельзя «наказывать» поликлинику за то, что она не контролирует.

Общий принцип: *чем сложнее и дороже стационарная помощь, тем меньшая ее часть должна включаться в подушевой норматив финансирования фондодержателя.* Стоимость малой хирургии может включаться полностью, тем самым стимулируя развитие малой хирургии в поликлинике. А стоимость лечения онкологического случая – лишь в пределах того, на что влияет поликлиника.

В истории российского здравоохранения известны случаи использования схемы «тотального» фондодержания, при которой в состав подушевого норматива финансирования поликлиник-фондодержателей включались практически все расходы на стационарную помощь и скорую медицинскую помощь. Так было в Кемеровской и Самарской областях в период «нового хозяйственного механизма» в здравоохранении в конце 1980-х гг. Но с тех пор существенно усложнились медицинские технологии и выросла их стоимость. В новых условиях перенесение на поликлиники всех рисков оплаты стационарной помощи, по нашему мнению, недопустимо – ни концептуально, ни практически.

Нейтрализация риска ухудшения финансового положения поликлиники-фондодержателя предполагает установление предела финансовой ответственности фондодержателя за оплату внешних услуг. Это означает, что особенно дорогие случаи стационарной помощи выводятся из системы фондодержания и напрямую оплачиваются страховой медицинской организацией. Для этого нужно рассчитать порог финансовой ответственности поликлиники и установить ясные правила разделения финансовой ответственности поликлиники и СМО за «катастрофические» расходы.

Помимо мер по нейтрализации рисков необходимо принять решение о субъекте фондодержания – поликлиника в целом или участковая служба. В пользу последнего варианта говорит то, что экономическая мотивация должна быть «сквозной», достигая врача первичного звена, ответственного за постоянное наблюдение за прикрепленным населением. Аргумент против этого варианта – высокие финансовые риски фондодержателя в лице участковой службы. Каждый случай серьезного заболевания может существенно повлиять на финансовое положение участка. Кроме того, этот вариант предполагает построение внутриучрежденческих расчетов между участковой

службой, с одной стороны, и отделениями узких специалистов и параклинических услуг – с другой. Такие расчеты существовали в Самарской области вплоть до 2004 г., когда система фондодержания перестала действовать. Она потребовала серьезной подготовки и сильной поддержки со стороны органов управления здравоохранением и ТФОМС. Сегодня такая поддержка малореальна.

При всей важности внутриучрежденческих отношений в поликлинике трудно согласиться с мнением, что именно участковые врачи должны стать субъектами фондодержания. Во-первых, их роль в оказании ПМСП сегодня очень невелика. На долю приемов участковых врачей, по нашим оценкам, приходится не более 30–35% врачебных приемов в поликлиниках. Функционал этих врачей очень ограничен – они оказывают помощь только при самых простых заболеваниях. Во-вторых, нам представляется, что *эффективность фондодержания во многом определяется способностью поликлиник выступать в роли заказчика стационарной помощи*. Ни один другой субъект системы здравоохранения не может лучше определить, в какие больницы лучше направлять своих пациентов и в каком количестве. И они должны участвовать в процессе планирования заданий больницам. Но реализовать такой подход можно только при укрупнении размера заказа. Для этого требуется согласование действий нескольких поликлиник, выступающих в роли интегрированного заказчика стационарной помощи.

Поэтому стратегической линией в эволюции фондодержания, на наш взгляд, может быть объединение нескольких поликлиник как фондодержателей, а возможно, и их юридическое объединение, как это происходит в Москве. Это даст возможность реально вовлечь поликлиники в систему планирования объемов стационарной помощи. Такая схема фондодержания использовалась в г. Самара в начале 2000-х гг. Поликлиники Кировского района города совместно планировали объемы стационарной помощи и формировали интегрированный заказ стационарам, который затем корректировался органом управления здравоохранением. Эта схема доказала преимущества укрупнения субъекта фондодержания, обеспечив реальное вовлечение поликлиник в процесс планирования объемов стационарной помощи. Но этот подход не был поддержан федеральными властями.

## Методические подходы к определению подушевого норматива оплаты амбулаторной помощи

В российской литературе вопрос о методике расчета подушевого норматива практически не обсуждается. Известное нам исключение – статья профессора М.В. Полякова (2015). Автор исходит из того, что подушевые нормативы должны рассчитываться на основе оценки потребностей населения в различных медицинских услугах. Эта потребность выражается через наборы медицинских услуг, необходимых при различных заболеваниях. Предлагается определить «пакеты» таких услуг по принципу, аналогичному принципу формирования КСГ для оплаты стационарной помощи, и рассчитать стоимость каждого из них. Автор считает, что данный метод должен

стать универсальным для расчета стоимости как первичной, так и специализированной помощи. Это даст возможность определить «глубину» фондодержания – объем специализированной помощи, включаемый в бюджет фондодержателя. По существу предлагается метод поэлементного расчета, основанный на большом массиве данных по каждой медицинской услуге, включая данные о частоте их использования.

Более широкий подход рекомендуется в учебном пособии по методам оплаты, подготовленном в рамках американского проекта «ЗдравРеформа» в Средней Азии (Langenbrunner et al., 2009). Авторы выделяют три метода расчета:

1. *Метод оценки «снизу-вверх».* Сначала считаются фактические расходы по выделенным видам работ. По каждой считают удельные затраты и объемы потребления, а также общую стоимость услуг. Возможна корректировка на требования медицинских технологий, для чего используются клинические протоколы. В Казахстане и Узбекистане проводились подобные расчеты на основе выборки историй болезни в части ПМСП в пилотных учреждениях.
2. *Метод оценки «сверху вниз».* При таком методе рассчитываются агрегированные фактические расходы на число прикрепленных. Чтобы избежать консервации низкого уровня финансирования ПМСП, предлагается устанавливать норматив доли расходов на эту помощь в общей структуре расходов на здравоохранение, причем в сторону повышения.
3. *Смешанный подход.* Предлагается брать за основу агрегированные фактические расходы на ПМСП, а потом добавлять результаты поэлементного расчета по первому методу и определять, какие наборы услуг можно профинансировать дополнительно, исходя из действующих бюджетных ограничителей.

При всей теоретической стройности метода расчета «снизувверх» он представляется нам трудно реализуемым. Во-первых, для формирования таких групп нужны данные о стоимости каждой детальной услуги. Их можно получить на основе стандартов оказания медицинской помощи, но это очень трудоемкая задача, связанная с проведением сложных хронометрических исследований затрат труда на оказание каждой услуги. Во-вторых, предлагаемый расчет неизбежно будет исходить из сложившихся объемов потребления амбулаторной помощи, которые являются результатом доминирования затратного метода ее оплаты. Поэтому даже самый тщательный просчет «снизу» даст не нормативные (как утверждает профессор Поляков), а фактические затраты, причем завышенные. В-третьих (и это главное), полученная сумма затрат на разные «пакеты» услуг с высокой степенью вероятности будет выше реальной возможности их обеспечить – с учетом имеющихся финансовых ограничителей. Именно на это указывают авторы вышеупомянутого учебного пособия.

Нам представляется более перспективным расчет подушевого норматива на основе агрегированных данных о фактических расходах на амбулаторную помощь с последующей их корректировкой на показатели по отдельным услугам, т.е. смешанный подход.

При этом важно отразить не столько различия стоимости отдельных групп амбулаторных услуг, сколько вариацию этого показателя для различных групп прикрепленного населения – в зависимости от пола, возраста, места пребывания и других факторов, определяющих потребность в амбулаторной помощи.

Интересна практика перехода на подушевой принцип оплаты ПМСП в Казахстане в 2014 г. (Республиканский центр развития, 2014). Особенностью принятого подхода является существенное смещение приоритета финансирования в сторону ПМСП. Из республиканского бюджета были выделены дополнительные средства на выравнивание финансирования по регионам страны на основе комплексного подушевого норматива (КПН), являющегося единым по стране (до этого фактические подушевые расходы на ПМСП варьировались в регионах в 3–4 раза). Одновременно в два раза увеличены расходы на стимулирование работников первичного звена здравоохранения за вклад в достижение конечного результата деятельности поликлиник на основе установленных индикаторов.

Разработана методика финансирования по комплексному подушевому нормативу по принципу частичного фондодержания. Этот норматив устанавливается для звена ПМСП и включает в себя расходы по восьми базовым специальностям. Участковая служба является фондодержателем всех средств на развитие амбулаторной помощи. Не имея возможности самостоятельно оказывать услуги, она оплачивает эти услуги либо в своем учреждении, либо за его пределами. Важно отметить, что в состав КПН включены расходы на повышение квалификации работников. Поликлиникам предложено зарабатывать средства на последипломное обучение и самостоятельно оплачивать соответствующие расходы. Врачи могут самостоятельно выбирать место прохождения обучения.

При расчетах КПН материально-техническая оснащенность поликлиник не учитывается, но используются поправочные коэффициенты на длительность отопительного сезона, работу в сельских районах, плотность населения, т.е., в отличие от российских «Рекомендаций», установлены критерии дифференциации, а не принцип покрытия сверхнормативных расходов на содержание поликлиник. Проведена большая работа по обоснованию нормативов для отдельных половозрастных групп. Она была основана на методе поэлементного расчета услуг путем анализа большого массива историй болезни. Эта часть расчетов оказалась особенно важной, поскольку разница в половозрастном составе прикрепившегося населения оказалась довольно значительной по отдельным амбулаторным учреждениям.

Для перехода на подушевое финансирование в 2013 г. проведена масштабная кампания свободного прикрепления граждан к учреждениям ПМСП, а также уточнены зоны обслуживания, что создало возможность учета реальной численности обслуживаемого населения.

Пример Казахстана свидетельствует о том, что установление подушевого норматива базируется преимущественно на агрегированных фактических расходах, но полученный подушевой норматив корректировался на условия оказания медицинской помощи и состав прикрепленного населения.

Метод поэлементной оценки дополняет макрорасчеты – главным образом для определения половозрастных коэффициентов расходов.

Можно по-разному относиться к планам превращения участковых врачей и врачей общей практики в фондодержателей. Пока это только идея. Будущее покажет плюсы и минусы такого подхода. В целом же подход, используемый в Казахстане, приемлем и для Российской Федерации. Но для этого требуется соответствующее нормативное регулирование.

## Методические подходы к оплате с учетом результативности деятельности медицинских организаций ПМСП

В конце 1990-х гг. во многих странах возникло новое направление оплаты медицинской помощи – оплата за результаты деятельности медицинских организаций (далее – ОЗР). Это направление можно определить как экономическое стимулирование качества медицинской помощи (Maynard, 2008). В контексте методов оплаты ПМСП оплата за результаты – это *дополнительная оплата* деятельности медицинских организаций за достижение установленных показателей качества на основе формальной модели оценки, например модели конечных результатов (МКР).

ОЗР используется как дополнительный стимул к действующему способу оплаты и как инструмент нейтрализации потенциальных недостатков определенного способа (например, полного фондодержания).

Обычно ОЗР предполагает отдельный источник финансирования, в российском варианте это нормативный страховой запас территориального фонда ОМС. Во многих регионах он уже «расписан» на другие задачи (прежде всего на субсидирование страховых медицинских организаций), что является основанием для отказа от оплаты за результаты деятельности медицинских организаций. Между тем задача стимулирования повышения качества и конечных результатов деятельности медицинских организаций является очень важной. На этой основе можно добиться реального повышения качества медицинской помощи. Представляется необходимым сделать оплату за результаты деятельности в качестве приоритетного направления расходования средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС (НСЗ), для чего потребуются изменения в действующей нормативно-правовой базе ОМС.

Типичная *модель конечных результатов* включает:

- набор показателей оценки деятельности медицинской организации;
- плановый норматив показателя оценки;
- значение или «вес» показателя деятельности в общей системе оценки;
- оценка значения отклонения фактического показателя от планового (устанавливается единица отклонения и ее количественное выражение);
- правило формирования комплексного показателя оценки результатов деятельности. Он устанавливается путем сведения отдельных показателей в интегрированный коэффициент оценки результатов;
- правило перевода комплексного показателя оценки в размер поощрения медицинской организации по итогам деятельности.

Возможны варианты оценки как за уровень достижения нормативного значения показателя, так и за приближение к нему. Последний вариант используется в тех случаях, когда плановый норматив показателя устанавливается на уровне лучших медицинских организаций, которые сильно оторвались от других по степени результативности. В этом случае создается стимул к обеспечению позитивной динамики, а не к достижению планового показателя. Но чаще используется первый вариант.

Построение модели конечных результатов для подушевой оплаты ПМСП представляет собой серьезную аналитическую задачу. Она должна быть нацелена на нейтрализацию рисков, выявленных в ходе осуществления нового подхода. Показатели и их «веса» определяются в соответствии с этими задачами. Может варьироваться и интегрированный коэффициент достижения результата. На начальном этапе порог отсечения неэффективно работающих поликлиник может быть низким, например 60–70% максимального значения интегрированного показателя, затем требования к поликлиникам возрастут до 80–90%. Только при достижении этого показателя поликлиникам выплачивается полученная экономия.

При внедрении ОЗР нужно учитывать, что *стимулирующие выплаты корректируют, но не определяют мотивацию, связанную с основным методом оплаты*. Они могут внести свой вклад в улучшение некоторых показателей деятельности поликлиник. Однако если основной метод не нацелен на решение задач расширения профилактики и повышения качества наблюдения за обслуживаемым населением, то совокупный эффект ОЗР вряд ли будет ощутимым, поскольку доля поступлений медицинских организаций от стимулирующих выплат несопоставима с поступлениями от оплаты медицинской помощи по основному методу.

Важно также учитывать, что влияние ОЗР обычно ощущается на первом этапе ее внедрения. В дальнейшем стимулы могут затухать, и возникает опасность «работы на показатель», т.е. манипулирования структурой деятельности для достижения установленных показателей. Поэтому нужно настраиваться на постоянный мониторинг эффекта ОЗР – оценивать возникающие стимулы, периодически менять показатели и их «веса» в общей системе оценки.

Зарубежные оценки ОЗР сильно различаются, но в целом доминирует осторожное отношение к их эффективности. Например, в исследовании ВОЗа отмечается, что «используемые в программах оплаты за результат показатели деятельности нужно выбирать с большой осторожностью... Поставщики услуг направляют свои усилия по повышению качества тех услуг, которые могут помочь им заработать дополнительные выплаты» (Busse & Mays, 2008). «Оплата по результатам деятельности не должна составлять большую часть вознаграждения типичного поставщика – не более 10%» (Lester, 2011).

Возможны следующие варианты использования ОЗР для медицинских организаций ПМСП:

1. *ОЗР как дополнение к подушевой оплате за собственную деятельность поликлиник*. В этом случае модель конечных результатов включает показатели объемов амбулаторной помощи с относительно высоким «ве-

сом» в общей системе оценки. Как отмечалось выше, он должен быть особенно значительным для регионов, в которых существуют серьезные проблемы с доступностью ПМСП.

2. *ОЗР как нейтрализующая система при частичном фондодержании* (в подушевой норматив включаются все расходы на амбулаторную помощь). В этом случае важно оценивать целостность оказания ПМСП силами поликлиник, отсутствие ограничений на направления пациентов в другие медицинские организации с большим потенциалом оказания первичной помощи. Помимо обычных показателей вклада в реструктуризацию, (доступности, качества и результативности медицинской помощи), в модель конечных результатов целесообразно включать показатели сроков ожидания консультаций узких специалистов и диагностических исследований, а также показатели, характеризующие полноту обследований пациентов до их поступления в стационар.
3. *ОЗР как нейтрализующая система при полном фондодержании* (в подушевой норматив включается расходов на стационар). В этом случае в МКР можно не включать объемы амбулаторных услуг, но нужно использовать больше показателей, характеризующих эффект искусственного сдерживания направлений на госпитализацию. Примерами возможных показателей является смертность от установленного набора управляемых заболеваний, смертность на дому, первичный выход на инвалидность.

При всех вариантах важно доводить показатели МКР до структурных подразделений поликлиник, а в их составе – до отдельных работников. Система стимулирующих выплат должна быть «сквозной», мотивирующей персонал к достижению общих для поликлиники показателей.

## Выводы

Сложившиеся методы государственного управления мотивацией медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, нацеливают их на наращивание ее объемов безотносительно к задаче усиления профилактической направленности деятельности поликлиник и повышения качества медицинской помощи. Недавние попытки изменить систему экономических стимулов оказались неудачными. Подушевой принцип оплаты ПМСП остается декларацией, а не реальностью.

По итогам анализа для перехода на подушевой принцип оплаты ПМСП представляется целесообразным:

- 1) на федеральном уровне подготовить новый нормативный документ «Методические рекомендации по переходу на подушевой принцип оплаты ПМСП», в котором будут предусмотрены ясные стратегии и механизмы этого перехода, исключающие эклектическое сочетание совершенно противоположных по создаваемым стимулам способов оплаты;
- 2) осуществить переход от оплаты объемов помощи к подушевой оплате на собственную деятельность поликлиник как доминирующему способу оплаты в региональной системе ОМС, а затем к методам частичного и полного фондодержания;

- 3) использовать все варианты подушевой оплаты в сочетании с системой оценки за результаты деятельности медицинских организаций, дифференцируя при этом конкретные модели конечных результатов для этих вариантов;
- 4) изучить возможность пересмотра объемных показателей Программы государственных гарантий и планируемых объемов медицинским учреждениям и организациям ПМСП. Объемные показатели планирования и оплаты амбулаторной помощи (включая обращения) должны уступить место показателям численности обслуживаемого населения, подушевым нормативам на одного жителя и показателям результатов деятельности этих организаций.

## ЛИТЕРАТУРА

---

1. Гриднев О.В. Научное обоснование повышения качества организации ПМСП в г. Москве. Диссертация на соискание степени доктора медицинских наук. ГМУ имени И.М. Сеченова. – 2015.
2. Поляков М.В. Особенности подушевого финансирования амбулаторной помощи // *Здравоохранение*. – 2015. – № 4. – С. 20–25.
3. Потапчик Е.Г., Попович Л.Д., Салахутдинова С.К., Селезнева Е.В., Шейман И.М., Шишкин С.В. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Под ред. Шеймана И.М., Шишкина С.В. – М.: Издательство «Дело» РАНХ, 2010.
4. Республиканский центр развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Аналитическая записка по итогам выполнения первого этапа Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан». – 2014.
5. Реформирование систем оплаты медицинской помощи. Под ред. Исаковой Л.Е. и Шеймана И.М. Кемерово: Издательство СибформС, 2002.

6. Томпсон С., Фубистер Ф., Моссиалос Э. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения / Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения. – 2010.
7. Шейман И.М. Первый опыт реализации системы «поликлиника-фондодержатель» // Менеджер здравоохранения. – 2011. – № 5. – С. 15–26.
8. Шейман И.М. Формирование эффективной системы оплаты медицинской помощи в системе ОМС // Здравоохранение. – 2010. – № 6. – С. 39–48.
9. Шейман И.М. Формирование эффективной системы оплаты медицинской помощи в системе ОМС // Здравоохранение. – 2010. – № 7. – С. 51–64.
10. Шишкин С.В., Шейман И.М., Абдин А.А., Боярский С.Г., Сажина С.В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ. – 2016. – URL: <https://conf.hse.ru/2016/programme> (дата обращения: 20.10.2016).
11. Шишкин С.В., Сажина С.В., Селезнева Е.В. Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения ее реформы? Препринт WP8/2015/04. – М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015.
12. Busse R., Mays S. Payment methods for chronic diseases. In: Nolte E. and McKee M. (eds). Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. Open University Press. 2008. P. 195–221.
13. Greb S., Delnoij D.M., Groenewegen P.P. Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives / In Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care / World Health organization. Berkshire: Open University Press / McGraw-Hill. 2006. P. 184–200.
14. Ham C. Payment systems and incentives to support integrated care. Presentation. The King's Fund. 2013.
15. Hernández-Quevedo C., Llano R., Mossialos E. Paying for integrated care: An Overview. Eurohealth. 2013. Vol. 19. N. 2. P. 3–6.
16. Langenbrunner J., Cashin Ch., Dougherty S. Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals. The World Bank. Wash. 2009.
17. Lester H. Purchasing for primary care in the UK: what's an ideal pay for performance system? WHO Seminar in Minsk, Belarus. October. 2011.
18. Maynard A. Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia. Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems. 2008. URL: [http://www.euro.who.int/data/\\_assets/pdf\\_file/0009/78975/P4P\\_Estonia.pdf](http://www.euro.who.int/data/_assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf) (дата обращения: 27.10.2016).
19. WHO European Health for All databases. 2014. URL: [http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html) (дата обращения: 20.10.2016).

## ПРИМЕЧАНИЯ

---

- <sup>1</sup> Основные направления деятельности Правительства Российской Федерации на период до 2018 года.
- <sup>2</sup> Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.12.2015).
- <sup>3</sup> Рассчитано по WHOdatabase, 2014.
- <sup>4</sup> Рассчитано по: Статистический справочник Департамента здравоохранения Москвы «Здравоохранение города Москвы (в динамике)», М., 2015 г.

## PROBLEMS OF TRANSITION TO THE CAPITATION METHOD OF PRIMARY CARE PAYMENT

---

### **Sheiman Igor M.**

PhD in Economics, Professor of Economics  
and Health Management HSE, Honored Economist of Russia.  
Address: National Research University Higher School of Economics.  
20 Myasnitskaya Str., Moscow 101000, Russian Federation.  
E-mail: igor.sheim@g23.relcom.ru

### **Abstract**

The paper addresses state policy in the area of primary health care payment methods in the system of mandatory health insurance in Russia. The need for the transition from physicians' visits reimbursement to capitation payment is substantiated. It is argued that the current payment method hinders disease prevention activities, chronic disease management, integration of service delivery as well as a shift of services from inpatient to outpatient settings. The latest regulatory documents on this subject are critically evaluated with the focus on the attempts to combine the capitation method with the fee-for-service one. Alternative approaches aimed at cost containing and strengthening disease prevention are discussed. Versions of fundholding schemes are suggested as well as the ways to mitigate their excessive financial risks. Various options of the pay-for-performance are seen as the necessary addition to the fundholding scheme. Problems of the capitation rate development under the fundholding are reviewed. It is argued that the budget of a fundholder should include only

a manageable part of the inpatient care cost. The methods of planning primary health care utilization should also change – from the current planning of the number of a physician's visits to the planning of the size of a catchment area in terms of the number of residents served by primary health care providers. Some recommendations on the algorithm of transition to the capitation payment are made.

**Keywords:** health care; health care payment methods; primary health care; fundholding.

**Citation:** Sheiman, I.M. (2016). Problemy perekhoda na podushevoi printsip oplaty pervichnoi mediko-sanitarnoi pomoshchi [Problems of Transition to the Capitation Method of Primary Care Payment]. *Public Administration Issues*, n. 4, pp. 143–164 (in Russian).

## REFERENCES

1. Gridnev, O.V. (2015). *Nauchnoe obosnovanie povysheniya kachestva organizatsii PMSP v g. Moskve*. Dissertatsiya na soiskanie stepeni doktora meditsinskikh nauk [Scientific Substantiation of the Organization of the Quality of Primary Care in the city of Moscow Improving. The thesis for the degree of Doctor of Medicine]. Moscow: GMU named after I.M.Sechenov.
2. Polyakov, M.V. (2015). Osobennosti podushevogo finansirovaniya ambulatornoi pomoshchi [Features of the Per Capita Financing Outpatient Care]. *Zdravookhranenie*, no 4, pp. 20–25.
3. Potapchik, E.G., Popovich, L.D., Salakhutdinova, S.K., Selezneva, E.V., Sheiman, I.M. & Shishkin S.V. (2010). *Modernizatsiya zdravookhraneniya: novaya situatsiya i novye zadachi* (Eds.: Sheiman I.M., Shishkin S.V.). [Health Modernization: the New Situation and New Tasks]. Moscow: Delo.
4. Respublikanskiy tsentr razvitiya zdravookhraneniya Ministerstva zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan (2014). *Analiticheskaya zapiska po itogam vypolneniya pervogo etapa Gosudarstvennoi programmy razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Salamatty Kazakhstan»* [Analytical Note on the Results of the First Stage of the National Health Programme for the Development of the Kazakhstan Republic «Salamatty Kazakhstan»].
5. Isakova, L.E. & Sheiman, I.M. (eds.) (2002). *Reformirovanie sistem oplaty meditsinskoi pomoshchi* [Healthcare Payment Systems Reform]. Kemerovo: SibformS.
6. Tompson, S., Fubister, F. & Mossialos, E. (2010). *Finansirovanie zdravookhraneniya v Evropeiskom soyuze. Problemy i strategicheskie resheniya* [Healthcare Financing in the European Union. Challenges and Strategic Decisions]. Evropeiskaya observatoriya po sistemam i politike zdravookhraneniya, VOZ.
7. Sheiman, I.M. (2011). Pervyi opyt realizatsii sistemy «poliklinika-fondoderzhatel'» [The First Experience of Implementation of the «Clinic-Stockholder» System]. *Menedzher zdravookhraneniya*, no 5, pp. 15–26.
8. Sheiman, I.M. (2010). Formirovanie effektivnoi sistemy oplaty meditsinskoi pomoshchi v sisteme OMS [Formation of an Effective Healthcare System of Payment in the System of CHI]. *Zdravookhranenie*, no 6, pp. 39–48, no 7, pp. 51–64.

9. Shishkin, S.V., Sheiman, I.M., Abdin, A.A., Boyarskii, S.G. & Sazhina, S.V. (2016). *Rossiiskoe zdravookhranenie v novykh ekonomicheskikh usloviyakh: vyzovy i perspektivy* [Russian Healthcare in the New Economic Environment: Challenges and Prospects. HSE Report]. Available: <https://conf.hse.ru/2016/programme> (accessed: 26 October, 2016).
10. Shishkin, S.V., Sazhina, S.V. & Selezneva, E.V. (2015). *Strakhovye meditsinskie organizatsii v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya: chto izmenilos' posle provedeniya eyo reformy?* [Health Insurance Companies in the System of Compulsory Health Insurance: What has Changed since its Reform?]. Preprint WP8/2015/04; HSE.
11. Busse, R. & Mays, S. (2008). Payment methods for chronic diseases. (In: Nolte E., McKee M. (eds.) *Caring for People with Chronic Conditions. A Health System Perspective*). Open University Press, pp. 195–221.
12. Greb, S., Delnoij, D.M.J. & Groenewegen, P.P. (2006). Managing primary care behavior through payment systems and financial incentives In: Saltman R.B., Rico A., Boerma W.G.W. (eds) *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care*. World Health organization. Berkshire: Open University Press, McGraw-Hill, pp. 184–200.
13. Ham, C. (2013). *Payment Systems and Incentives to Support Integrated Care*. Presentation. The King's Fund.
14. Hernández-Quevedo, C., Llano, R. & Mossialos, E. (2013). Paying for Integrated Care: An Overview. *Eurohealth*, vol.19, no 2, pp. 3–6.
15. Langenbrunner, J., Cashin, Ch. & Dougherty, S. (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems. How-To Manuals*. Washington: The World Bank.
16. Lester, H. (2011). *Purchasing for Primary Care in the UK: What's an Ideal Pay for Performance System?* WHO Seminar in Minsk, Belarus, October. Available: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/78975/P4P\\_Estonia.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/78975/P4P_Estonia.pdf) (accessed: 26 October, 2016).
17. Maynard, A. (2008). Payment for Performance (P4P): International experience and a cautionary proposal for Estonia. *Health Financing Policy Paper, Division of Country Health Systems*.
18. WHO (2014). *European Health for all Databases*. Available: [http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html) (accessed: 26 October, 2016).