

Оригинальная статья

УДК: 614.2

DOI: 10.17323/1999-5431-2023-0-2-74-102

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОМС: РЕГУЛИРОВАНИЕ И РЕАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ

Степанов Илья Михайлович¹

¹ Директор Центра новых технологий управления бюджетными услугами, Институт государственного и муниципального управления, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»; 101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д. 11; istepanov@hse.ru

Аннотация. Исследование посвящено регулированию и практике распределения объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), их соответствию концепции стратегической закупки медицинских услуг, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения и другими общественными институтами. Представлены результаты опроса территориальных фондов ОМС субъектов РФ (ТФОМС) о практиках распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями при разработке территориальных программ ОМС. Показано, что в этих практиках доминирует распределение на основе исторически сложившихся значений. Несмотря на отсутствие критериев активного (стратегического) распределения в Правилах ОМС, данные опроса ТФОМС свидетельствуют о том, что такие критерии используются в региональных практиках. Однако их роль по сравнению с другими группами рассмотренных критериев заметно ниже. В то же время проведенный кластерный анализ подтверждает наличие дифференцированных подходов к сочетанию критериев в региональных системах ОМС.

Ключевые слова: стратегическая закупка медицинских услуг, критерии распределения объемов медицинской помощи, результаты деятельности медицинских организаций, процедура распределения объемов медицинской помощи, сверхплановые объемы медицинской помощи, асимметрия информации, принципал-агентские отношения.

Для цитирования: Степанов И.М. Распределение объемов медицинской помощи в системе ОМС: регулирование и реальные практики // Вопросы государственного и муниципального управления. 2023. № 2. С. 74–102. DOI: 10.17323/1999-5431-2023-0-2-74-102.

Original article

ALLOCATION OF MEDICAL CARE VOLUMES IN THE SYSTEM OF COMPULSORY HEALTH INSURANCE: REGULATION AND REAL PRACTICE

Ilya M. Stepanov¹

¹ Director, Centre of new technologies for management of budget services,
Institute for public administration and governance,
National Research University Higher School of Economics;
11 Myasnitskaya Str., 101000 Moscow, Russia;
istepanov@hse.ru; ORCID: 0000-0003-4014-5098

Abstract. The article discusses the regulation and practices of allocating the volumes of medical care in the system of compulsory medical insurance (CHI), as well as their compliance with the concept of strategic purchasing of medical services recommended by the World Health Organization and other public institutions. The results of a survey of territorial CHI funds of Subjects of the Russian Federation (TFOMS) on the practices of allocating the volumes of medical care among medical organizations are presented. It is shown that these practices are dominated by distribution based on historical values. According to the concept of strategic procurement of medical services, regional distribution practices in general do not meet the requirements for efficiency, which involve the performance of medical organizations and other factors of effective healthcare organization. At the same time, the results of cluster analysis indicate the presence of differentiated approaches to the use of distribution criteria at the regional level. Despite the lack of the criteria for active (strategic) allocation in the Rules of CHI, the TFOMS survey indicates that such criteria are used in regional practices. However, their role in comparison with other groups of criteria considered is noticeably lower. At the same time, the cluster analysis confirms the presence of differentiated approaches to the combination of criteria in the regional CHI systems.

Keywords: strategic purchasing of medical services, criteria for allocating the volumes of medical care selective contracts, performance results of medical organizations, the procedure for allocating the volumes of medical care, above-planned volumes of medical care, information asymmetry, principal-agency relations.

For citation: Stepanov, I.M. (2023) 'Allocation of medical care volumes in the system of compulsory health insurance: regulation and real practice', *Public Administration Issues*, 2, pp. 74–102. (In Russian). DOI: 10.17323/1999-5431-2023-0-2-74-102.

JEL Classification: I13, I18.

Введение

Оплата медицинской помощи в системе ОМС основывается на предварительном распределении ее объемов между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальных программ ОМС. Единицами учета распределяемых объемов медицинской помощи являются госпитализации, обращения в связи с заболеваемостью и посещения, вызовы скорой медицинской помощи и др. Объемы медицинской помощи на региональном уровне распределяются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее – Комиссия). Регулирование механизмов распределения осуществляется на федеральном уровне в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования¹ (далее – Правила ОМС). Однако процедуры и критерии распределения установлены в общем виде. В частности, не конкретизированы количественно измеримые показатели применения критериев, а также отсутствуют четкие принципы, на основании которых Комиссиями могут приниматься обоснованные решения о распределении объемов медицинской помощи.

Указанные недостатки создают риск возникновения неэффективных управленческих практик распределения объемов медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Из-за отсутствия прозрачных процедур и критериев распределения возникают ситуации принятия Комиссиями неэффективных решений в отношении тех или иных медицинских организаций. В результате, с одной стороны, наблюдается ответная реакция «несогласных» медицинских организаций – решения Комиссий о плановом распределении объемов медицинской помощи обжалуются в ФАС России, что в некоторых случаях приводит к необходимости их пересмотра (Удмуртское УФАС России, 2017; Курское УФАС России, 2018; Омское УФАС России, 2018; Мордовское УФАС России, 2020). С другой стороны, медицинские организации могут проявлять оппортунизм, оказывая медицинскую помощь в объемах, превышающих первоначально запланированные значения.

В июле 2021 г. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) представил проект конкретизации критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями. Среди предложенных критериев – наличие электронной записи к врачу клиники, уровень удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях, время оказания помощи, укомплектованность медицинскими работниками и проч. (ТАСС, 2021). Однако данная инициатива не была поддержана.

Между тем задача совершенствования правил распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС сохраняет актуальность. Для формирования требований к развитию соответствующих механизмов могут использоваться положения концепции стратегической закупки медицинских услуг (ВОЗ, 2000; European Observatory, 2005; The World Bank, 2007).

¹ Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 25.09.2020) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Минюсте России 17.05.2019 N 54643).

В основе концепции стратегической закупки медицинских услуг (*strategic purchasing of medical services*) лежит дихотомия «стратегическая (активная) – пассивная закупка медицинских услуг». В отличие от пассивной закупки, которая следует заранее predetermined для каждой медицинской организации бюджету или безусловной оплате счетов медицинских организаций, стратегический подход, как правило, предполагает:

- отбор медицинских организаций в систему оказания медицинской помощи за счет государственных источников финансирования с использованием критериев эффективности деятельности;
- финансирование оказания медицинской помощи медицинскими организациями с учетом потребностей обслуживаемого населения;
- формирование позитивных экономических стимулов медицинских организаций за счет механизмов оплаты медицинской помощи по результатам и другим аспектам деятельности (ВОЗ, 2000; European Observatory, 2005; Busse et al., 2007; Всемирный банк, 2008, стр. 8–9; ВОЗ, 2018, стр. 1).

Цель данной статьи – анализ текущего регулирования и практик распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в субъектах Российской Федерации с точки зрения соответствия действующих механизмов распределения требованиям эффективности, основанным на концепции стратегической закупки медицинских услуг.

Методы исследования

В первую очередь были изучены публикации международных организаций в сфере здравоохранения (Всемирная организация здравоохранения, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, Всемирный банк) и научные исследования, характеризующие применение стратегической закупки медицинских услуг с точки зрения перехода от пассивного способа распределения объемов медицинской помощи к активному (стратегическому). В результате получена характеристика требований эффективности, которые на следующем этапе исследования применяются для оценки существующих правил, процедур и практик распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС.

Оценка правил и процедур распределения установленных на федеральном уровне объемов медицинской помощи проведена путем анализа Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее – Положение)². Также были рассмотрены документы и данные опроса отдельных территориальных фондов ОМС, уточняющие процедуры распределения объемов медицинской помощи в региональных системах ОМС. В результате проведенного анализа сделаны выводы о качестве и недостатках действующего регулирования распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС.

² Приложение N 1 к Правилам обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н (ред. от 25.09.2020).

По причине того, что Комиссии, как правило, не формализуют алгоритмы распределения объемов медицинской помощи с учетом региональных особенностей³, для верификации критериев проведен опрос ТФОМС в 85 субъектах Российской Федерации и в городе Байконуре методом письменного анкетирования. Для его организации на имя руководителей ТФОМС был направлен запрос на заполнение анкеты, в рамках которой было предложено рассмотреть десять критериев распределения объемов медицинской помощи (табл. 1) и указать те из них, которые используются в практике работы Комиссий.

В ходе опроса сотрудники ТФОМС отвечали на вопрос об использовании и значимости указанных критериев⁴. Вопрос был сформулирован следующим образом: *«В какой мере предложенные критерии используются при распределении объемов медицинской помощи в системе ОМС между медицинскими организациями?»*. Значимость каждого из критериев в региональной системе распределения объемов медицинской помощи оценивалась по пятибалльной шкале: 1 – очень низкая значимость, 5 – очень высокая значимость, значение 0 указывалось в том случае, если критерий не применяется.

В завершении исследования проведен анализ дифференциации практик распределения объемов медицинской помощи. Для этого применялся метод иерархического кластерного анализа, который позволил сформировать однородные группы регионов с точки зрения сочетания используемых критериев распределения.

Обзор исследований механизмов закупки медицинских услуг

Актуальность вопросов распределения объемов и финансирования медицинской помощи между медицинскими организациями обозначалась в ряде работ, посвященных анализу российской системы ОМС (Шишкин и др., 2019; Шишкин и Панкратова, 2021). Также проблема неэффективного распределения отмечена Счетной палатой Российской Федерации (Счетная палата, 2021) и подтверждается результатами исследования эффективности функционирования системы ОМС в России (НИУ ВШЭ, 2020).

Большое количество работ затрагивает тему оплаты медицинской помощи в системе ОМС. В частности, для стационарного сектора медицинской помощи изучается переход на оплату медицинской помощи по клинико-статистическим группам заболеваний (Авксентьева, Салахутдинова, 2016; Белявский и др., 2016; Обухова и др., 2017). В части амбулаторной медицинской помощи, как правило, рассматривается внедрение принципа подушевой оплаты первичной медико-санитарной помощи (Обухова, 2015; Сайтгареев, 2016; Шейман, 2016).

Другим аспектом, характеризующим работу механизма распределения объемов медицинской помощи в российской системе ОМС, является воз-

³ По результатам анализа документов базы «Консультант плюс» и опроса НИУ ВШЭ «О применении ТФОМС критериев распределения объемов медицинской помощи», 2020.

⁴ Назначение сотрудников ТФОМС, ответственных за заполнение анкеты, осуществлялось ТФОМС самостоятельно в рамках установленных внутренних процедур.

возможность превышения медицинскими организациями первоначально установленных плановых значений объемов. В ряде работ уделяется внимание изучению данного феномена в контексте возникновения судебных споров между медицинскими организациями и ТФОМС (Гордеев, 2018; Кадыров и Куфтова, 2019).

Тем не менее ранее не проводилось исследований самих механизмов распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в системе ОМС. Также не изучалось соотношение механизмов распределения с ранее обозначенной концепцией стратегической закупки медицинских услуг.

В то же время данная проблематика находится в фокусе работ зарубежных авторов. Так, Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения определяет стратегическую закупку медицинских услуг в качестве ключевого компонента для улучшения результатов в здравоохранении за счет повышения эффективности и чувствительности системы (European Observatory, 2005).

С. Грир с соавторами рассматривают стратегическую закупку медицинских услуг как возможность обеспечить лучший доступ к качественной медицинской помощи и повысить эффективность системы здравоохранения за счет механизмов финансирования и управления, которые способствуют развитию конкуренции поставщиков, распределению рисков между участниками закупок, а также механизмов вовлечения граждан в процессы принятия решений в этой области. При этом авторы относят данную концепцию к сферам регулирования заказа медицинских услуг (*commissioning*) и управляемой конкуренции (*managed competition*), возникшим в середине 1980-х гг. (Greer et al., 2020).

Некоторые зарубежные исследования посвящены оценке внедрения концепции стратегической закупки и анализу факторов, препятствующих ее внедрению. Так, Т. Хабихт с соавторами анализировали последствия реформы медицинского страхования в Эстонии в 2002 г., направленной на совершенствование механизмов закупки медицинских услуг. Авторы пришли к заключению, что процесс определения потребностей населения в системе медицинского страхования все еще смещен в сторону исторических факторов предложения медицинских услуг, и, таким образом, потребность в разработке индикаторов качества, измеряющих не только процесс, но и результат деятельности, сохраняется (Habicht et al., 2015).

М. Петерсоне с соавторами изучали опыт применения в системе здравоохранения Латвии критериев оценки поставщиков медицинских услуг с точки зрения соответствия принципам стратегической закупки по некоторым группам медицинских услуг (стационарное плановое лечение рака, амбулаторная маммография, медикаментозное оплодотворение, позитронно-эмиссионная томография в сочетании с компьютерной томографией; услуги стационарной, дневной и амбулаторной медицинской реабилитации). Они пришли к выводу, что принятый подход к заказу медицинских услуг остается пассивным из-за отсутствия инструментов для измерения эффективности клинической деятельности медицинских организаций (Peterson et al., 2020).

В качестве фактора эффективного внедрения стратегической закупки медицинских услуг ВОЗ подчеркивает роль качества информации в системе здравоохранения. Несовершенство процессов сбора и использования данных отмечается как одна из ключевых проблем системы управления данными в здравоохранении (ВОЗ, 2018).

С теоретической точки зрения концепция стратегической закупки медицинских услуг может быть соотнесена со следующими управленческими аспектами: принципал-агентские отношения, организационные модели органов управления и процессы принятия решений, формирование рыночной среды поставщиков медицинских услуг, методы оценки результативности медицинских организаций. В то же время Дж. Сандерсон с соавторами, анализируя известные теоретические подходы в области управления и экономики, утверждают, что не существует единой теории, объясняющей данную концепцию, так как эта область исследований имеет широкий и многогранный характер (Sanderson and al., 2019).

При этом принципал-агентская теоретическая перспектива является центральной в концепции стратегической закупки медицинских услуг (Всемирный банк, 2008). В частности, данная теория рассматривает влияние проблемы асимметрии информации в принципал-агентских отношениях участников системы закупок медицинских услуг на эффективность закупочной деятельности.

Применительно к настоящему исследованию проблема асимметрии или несовершенства информации в отношениях Комиссии (принципала) и медицинских организаций (агентов) имеет место при использовании критериев распределения объемов медицинской помощи. Так, из-за отсутствия стандартизованных алгоритмов оценки деятельности медицинских организаций возникают риски манипулирования информацией о деятельности оцениваемых медицинских организаций, между которыми распределяется медицинская помощь.

Регулирование условий и механизмов распределения объемов медицинской помощи в российской системе ОМС

В соответствии с ч. 10 ст. 36 326-ФЗ⁵ объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленные в соответствии с территориальной программой ОМС, распределяются Комиссией, которая создается решением высших органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. В состав Комиссии на паритетных началах входят представители различных заинтересованных сторон в системе ОМС, включая уполномоченный орган исполнительной власти, ТФОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации, профессиональные некоммерческие организации, профессиональные союзы медицинских работников (Положение, п. 3).

⁵ Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в системе ОМС основывается на уведомительном порядке включения медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (реестр), независимо от формы собственности. Территориальный фонд ОМС формирует запись реестра после проверки правильности заполнения сведений, представляемых медицинской организацией в рамках подачи уведомления о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (уведомление) (Правила ОМС, пп. 107, 108).

Уведомительный порядок отвечает интересам развития конкуренции в системе ОМС, прежде всего, за счет свободного вхождения в систему ОМС частных медицинских организаций, однако и несет в себе риски, связанные с несовершенством рынка медицинских услуг. Риски обусловлены в том числе проблемой асимметрии и неполноты информации, возникающей во взаимоотношениях между Комиссией и медицинскими организациями. В частности, негативным фактором для системы ОМС является ограничение обязанности участия медицинской организации в системе ОМС краткосрочным периодом (один год). Так, согласно ч. 4, 5 ст. 15 Федерального закона 326-ФЗ медицинские организации, включенные в реестр, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере ОМС, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, а также отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.

Хотя система ОМС не предусматривает механизма отбора медицинских организаций (селективные контракты), в Правилах ОМС имеется неявный механизм допуска медицинских организаций к участию в территориальной программе ОМС – через оценку возможности оказания медицинской помощи, предложенной медицинской организацией. Согласно п. 4 Положения Комиссия определяет показатели эффективности деятельности медицинских организаций, позволяющие провести оценку возможности реализации заявленных в уведомлении медицинской организацией объемов медицинской помощи. При этом перечень и порядок применения данных показателей Положением не установлены.

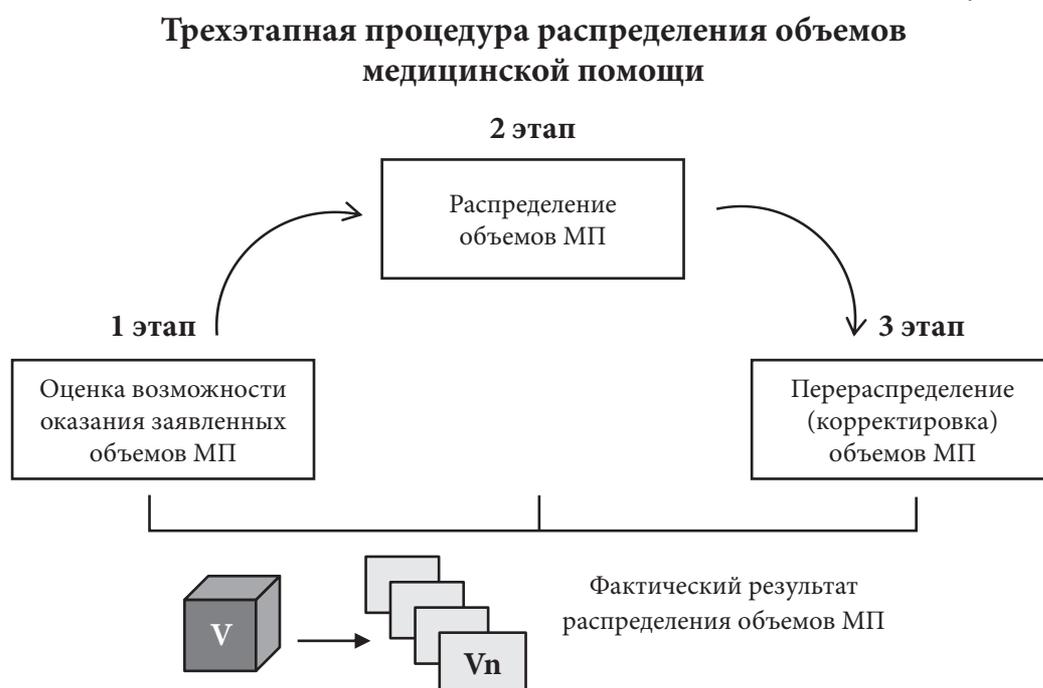
Таким образом, для системы распределения объемов медицинской помощи заданы следующие формальные свойства: (1) решения о распределении принимаются комиссионным органом, независимым от органов публичного управления; и (2) свободное вхождение медицинских организаций в систему ОМС. Однако эффективность их действия на практике зависит от качества и прозрачности процедур и критериев распределения.

С точки зрения нормативного правового регулирования, в явном виде функция по распределению Комиссией объемов медицинской помощи определена в действующей версии Правил ОМС от 2019 г. (Положение, п. 4). В частности, закреплён закрытый перечень критериев распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями (Положение, п. 11), которые будут рассмотрены ниже. Отметим, что в предыдущей

версии Правил ОМС от 2011 г.⁶ в Положении о Комиссии критерии распределения отсутствовали, хотя косвенно использование таких предполагалось в порядке оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (Правила ОМС от 2011 г., п. 123).

Отдельно следует отметить функцию по перераспределению (корректировке) объемов медицинской помощи (Положение, пп. 8, 9, 12), которая определяет фактическое распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в отчетном периоде. Общая схема распределения объемов медицинской помощи может быть представлена в виде трехэтапной процедуры (рис. 1).

Рисунок 1



Примечание: V – общий объем медицинской помощи, планируемый к распределению (в разрезе условий оказания, профиля медицинской помощи, врачебных специальностей, медицинских услуг и т. д.), V_n – объем медицинской помощи, распределенный медицинской организации n, МП – медицинская помощь.

Источник: Составлен автором.

Таким образом, с принятием версии Правил ОМС от 2019 г. было конкретизировано оформление деятельности Комиссий по распределению объемов медицинской помощи путем закрепления закрытого перечня критериев распределения, однако по-прежнему отсутствует четкая система взаимосвя-

⁶ Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрировано в Минюсте России 03.03.2011 N 19998).

занных процедур распределения объемов, а действия Комиссии в рамках процедуры распределения плохо регламентированы.

Далее рассмотрим критерии распределения объемов медицинской помощи. Согласно Правилам ОМС, распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществляется Комиссией в субъекте Российской Федерации на основании семи критериев (Положение, п. 11):

- 1) количество прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и показателей объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом показателей потребления медицинской помощи, видов медицинской помощи, условий предоставления медицинской помощи и врачебных специальностей;
- 2) показатели объемов предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой, с учетом профилей отделений (коек), врачебных специальностей, видов медицинской помощи и условий ее предоставления медицинскими организациями, не имеющими прикрепленных застрахованных лиц;
- 3) количество диагностических и (или) консультативных услуг для обеспечения потребности медицинских организаций по выполнению порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи по заболеваниям и состояниям в полном объеме при отсутствии или недостаточности у медицинских организаций данных диагностических и (или) консультативных услуг;
- 4) соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой медицинской организации;
- 5) необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий;
- 6) наличие ресурсного, в том числе кадрового, обеспечения планируемых объемов предоставления медицинской помощи;
- 7) достаточность мощности медицинской организации для выполнения объемов медицинской помощи, заявленных медицинской организацией в уведомлении об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

В отношении указанных критериев можно отметить следующие недостатки:

- критерии сформулированы безотносительно условий оказания медицинской помощи – стационарных условий, условий дневного стационара, амбулаторных условий, или более глубоких сегментов медицинской помощи;
- критерии не в полной мере отражают ключевые характеристики системы ОМС по оказанию медицинской помощи. Например, критерий «Соотношение оказанных объемов предоставления медицинской помощи и оплаченных страховыми медицинскими организациями каждой ме-

дицинской организации» является частной, но далеко не единственной характеристикой качества медицинской помощи;

- часть критериев не могут быть однозначно интерпретированы с точки зрения подходов к их измерению. Так, если в формулировках критериев 1, 2, 3, 4, 7 прослеживаются основания, в том числе нормативные, для проведения количественной оценки, то критерии 5, 7 в этом смысле не являются однозначными. Например, критерий 5 «Необходимость и возможность внедрения новых медицинских услуг или технологий» может расцениваться Комиссией в качестве руководящего принципа, но требует определения количественно измеримых показателей;
- критерии 1, 2, 3, 7 повторяют действующие рутинные механизмы планирования медицинской помощи в системе ОМС и направлены на соблюдение формальных соотношений разнородных показателей в системе планирования. Другими словами, данные критерии выполняют контролирующую, а не оценивающую функцию;
- отсутствует критерий, характеризующий эффективность деятельности медицинских организаций по оказанию медицинской помощи.

Таким образом, на практике данные критерии в лучшем случае могут применяться Комиссией для разработки собственного алгоритма распределения объемов медицинской помощи, но чаще – для формальной легитимизации принятых решений о распределении объемов между медицинскими организациями. Это подтверждается весьма неоднозначной нормой Положения, согласно которой установленные критерии рассматриваются Комиссией комплексно (Положение, п. 11, абз. 9) (НИУ ВШЭ, 2020). Следует отметить, что для комплексного использования набора критериев требуется применение специального механизма интегральной оценки, однако положение не определяет ни сам механизм, ни требования к его использованию.

Вместе с этим в Положении (п. 9) установлено, что именно учитывается при распределении и корректировке объемов медицинской помощи:

- 1) порядок организации медицинской помощи в субъекте Российской Федерации с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей региона, а также сроков ожидания медицинской помощи;
- 2) сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования;
- 3) соответствие заявленных медицинскими организациями объемов медицинской помощи перечню работ и услуг, включенных в лицензию на осуществление медицинской деятельности;
- 4) соответствие объемов медицинской помощи, заявленных медицинскими организациями при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, мощности коечного фонда, наличию соответствующего медицинского оборудования, медицинских работников соответствующих специальностей и других;
- 5) соответствие деятельности медицинских организаций требованиям порядков оказания медицинской помощи;

- б) сведения страховых медицинских организаций о числе застрахованных лиц, их потребности в медицинской помощи и финансовых средствах для ее оплаты.

Однако, как и в случае с критериями распределения объемов медицинской помощи, не определен порядок учета указанных сведений.

Также следует отметить, что п. 10 Положения установлены перечни информации, которая предоставляется территориальным фондом, страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, региональным органом управления здравоохранением (РОУЗ).

При этом Положением определено, что в целях распределения объемов между медицинскими организациями РОУЗ предоставляет в Комиссию предложения по распределению объемов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи, сроков ее ожидания по территориальной программе, а также с учетом объективных критериев (среднего радиуса территории обслуживания скорой медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов, расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи и других) (Положение, п. 10, подп. 4). Таким образом, указанная норма фактически вменяет РОУЗ функцию по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями на основании критериев, которые никак не соотносятся с установленными п. 11 Положения (НИУ ВШЭ, 2020).

Резюмируя установленные Положением нормы по распределению объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, можно отметить их крайне общий и непрозрачный, местами (в части определения роли РОУЗ) противоречивый характер. В этой ситуации Комиссии, распределяя объемы медицинской помощи между медицинскими организациями, могут полагаться только на прошлый опыт и на мнение РОУЗ, который является учредителем основной части медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, и владеет основным объемом информации о характере деятельности медицинских организаций (НИУ ВШЭ, 2020).

Другими словами, механизм распределения объемов медицинской помощи, установленный на федеральном уровне, не является достаточно четким. В результате этого правоприменение соответствующих норм непосредственно в субъектах Российской Федерации несет в себе риски для неэффективных решений Комиссий, а также неконтролируемого оппортунистического поведения медицинских организаций по результатам распределения объемов медицинской помощи.

Практика применения ТФОМС критериев распределения объемов медицинской помощи

После анкетирования ТФОМС получены данные о применении Комиссиями для ежегодного распределения объемов медицинской помощи десяти критериев распределения объемов медицинской помощи в 85 субъектах

Российской Федерации и городе Байконуре (регионы исследования). Для количественного анализа данных и характеристики региональных практик распределения объемов медицинской помощи критерии были разделены на четыре группы (табл. 1).

Таблица 1

Критерии распределения объемов медицинской помощи

| № п.п. | Наименование | |
|--|--|---|
| | Полное (в соответствии с анкетой ТФОМС) | Сокращенное |
| Группа 1. Исторический уровень | | |
| 1.1. | Учитываются фактические объемы оказанной медицинской помощи (МП) в отчетном периоде | Фактические объемы отчетного периода |
| 1.2. | Учитывается принятая в субъекте РФ маршрутизация потоков пациентов | Правила маршрутизации пациентов |
| Группа 2. Ресурсная обеспеченность | | |
| 2.1. | Учитывается обеспеченность медицинской организации кадрами и их квалификация | Обеспеченность МО медицинскими кадрами |
| 2.2. | Учитывается обеспеченность медицинской организации медицинским оборудованием | Обеспеченность МО медицинским оборудованием |
| Группа 3. Сбалансированность доходов и расходов | | |
| 3.1. | Учитывается необходимость загрузки мощностей медицинских организаций (МО) не ниже определенного уровня, необходимого для обеспечения их стабильного функционирования | Необходимость загрузки мощностей МО |
| 3.2. | Учитывается необходимость обеспечить сбалансированность доходов и расходов медицинских организаций, включая необходимость выполнения целевых уровней заработной платы медицинских работников | Сбалансированность доходов и расходов |
| 3.3. | Учитываются межтерриториальные потоки пациентов из других субъектов РФ | Межтерриториальные потоки пациентов |
| Группа 4. Потребности населения и результаты деятельности медицинских организаций | | |
| 4.1. | Учитываются преимущества одних медицинских организаций перед другими по транспортной доступности в пределах определенной территории | Транспортная доступность |
| 4.2. | Учитываются показатели результативности деятельности медицинских организаций | Результативность работы |
| 4.3. | Учитываются сроки ожидания плановой медицинской помощи (госпитализации) в медицинскую организацию | Сроки ожидания плановой МП |

Источник: Составлена автором.

Группа 1 включает критерии, которые учитывают исторические значения распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, а также принимаемые РОУЗ административные решения по регулированию потоков пациентов в соответствии со схемами маршрутизации пациентов. При использовании критериев данной группы роль Комиссии является пассивной, так как не предполагает осуществления оценочных действий в отношении деятельности медицинских организаций.

Группа 2 включает критерии, характеризующие обеспеченность медицинских организаций двумя типами ресурсов, имеющими важное значение для организации лечебно-диагностического процесса: медицинскими кадрами и медицинским оборудованием.

Следует отметить, что данные критерии позволяют оценить объективные различия условий деятельности медицинских организаций, которые не всегда однозначно коррелируют с результатами деятельности. С другой стороны, использование данных критериев по сравнению с критериями групп 3 и 4 не требует проведения сложных вычислений и оценок.

Группа 3 включает критерии, характеризующие параметры сбалансированности доходов и расходов медицинской организации, которые могут учитываться Комиссией при распределении объемов медицинской помощи.

Применение данных критериев предполагает высокую включенность в анализ показателей, характеризующих формирование доходов и расходов медицинских организаций, в том числе для обеспечения целевых показателей оплаты труда работников. Применение данных критериев может быть направлено на поддержание устойчивости системы ОМС в целом, однако не предполагает нацеленности на улучшение результатов работы медицинских организаций с точки зрения качества и доступности медицинской помощи.

Группа 4 включает критерии активного (стратегического) распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, которые определены по результатам анализа исследований в области изучения стратегической закупки медицинских услуг.

Такие критерии могут использоваться для объяснения объективных отличий деятельности медицинских организаций как с точки зрения качества и результатов оказания медицинской помощи, так и с позиции интересов пациентов в удовлетворении потребностей (транспортная доступность медицинских организаций, сроки ожидания медицинской помощи).

Обобщенные данные ответов ТФОМС представлены с использованием следующих показателей:

- доля регионов, в которых используется критерий распределения объемов медицинской помощи i (%);
- средняя по регионам значимость критерия распределения объемов медицинской помощи i (баллы от 1 до 5) (рис. 2).

Рисунок 2

Показатели использования критериев распределения объемов медицинской помощи на региональном уровне



Примечание: на рисунке дополнительно обозначен уровень стандартной ошибки среднего для показателей значимости критериев распределения, значение которого варьируется от 0,08 (для критерия № 1) до 0,23 (для критерия № 10).

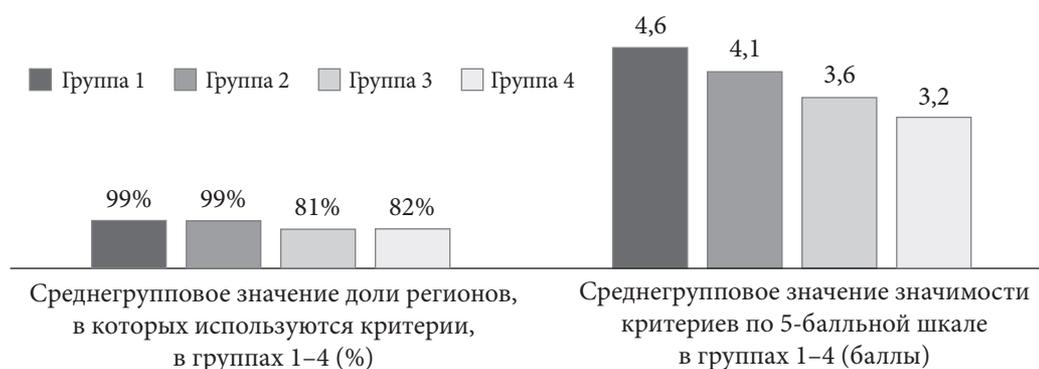
Источник: Составлен автором на основе данных опроса НИУ ВШЭ «О применении ТФОМС критериев распределения объемов медицинской помощи», 2020 (- и далее, если не указано иное).

Полученные показатели применения критериев распределения объемов медицинской помощи характеризуют следующее. Критерий «Фактические объемы отчетного периода» используется во всех исследуемых регионах. При этом в 81 регионе данный критерий относится к самым значимым (оценки ТФОМС варьируются от 4 до 5 баллов). Также в 85 регионах используются такие критерии, как «Правила маршрутизации пациентов», «Обеспеченность МО медицинским оборудованием», «Обеспеченность МО медицинскими кадрами». Однако средняя значимость данных критериев ниже, чем у критерия «Фактические объемы отчетного периода» (рис. 2).

Реже всего используются критерии транспортной доступности (63 региона, 73%) и межтерриториальных потоков (51 регион, 59%). При этом показатели результативности не учитываются при распределении объемов в 14 регионах (16%) и являются малозначимыми в 38 регионах (44%). Сравнение усредненных значений показателей применения критериев по группам 1–4 демонстрирует следующую картину (см. рис. 3). Критерии групп 3 и 4 используются реже, чем критерии групп 1 и 2. В то же время критерии группы 1 имеют наибольшую значимость в региональных системах распределения объемов медицинской помощи (в среднем по всем регионам – 4,6 из 5 баллов), а критерии группы 4 – наименьшую (3,2 из 5 баллов). В целом это показывает, что критерии пассивного распределения объемов медицинской помощи более значимы, чем критерии активного (стратегического) распределения.

Рисунок 3

Показатели использования критериев распределения объемов медицинской помощи в регионах исследования по четырем группам критериев



Примечание: Среднегрупповые значения рассчитаны как среднеарифметическое значений соответствующих показателей, рассчитанных для критериев распределения, отнесенных к группам критериев 1–4.

Также для ранжирования критериев распределения по степени используемости в региональных системах ОМС применяется комплексный показатель использования критериев в исследуемых регионах ($K_{пi}$: от 0 до 100%), рассчитываемый по следующей формуле:

$$K_{пi} = 0,5 \times D_{крi} + 0,5 \times U_{Зкрi} \tag{1}$$

$$U_{Зкрi} = C_{Зкрi} / 5 \tag{2}$$

Где:

$D_{крi}$ – доля регионов, в которых используется критерий распределения объемов медицинской помощи i (%);

$U_{Зкрi}$ – доля значимости критерия распределения объемов медицинской помощи i от максимального значения (%);

$C_{Зкрi}$ – средняя по регионам значимость критерия распределения объемов медицинской помощи i (баллы от 1 до 5).

Ранжирование критериев распределения объемов медицинской помощи в регионах по комплексному показателю ($K_{п}$) (рис. 4) показывает, что наиболее применяемыми являются критерии группы 1 «Исторический уровень» (табл. 1). Наряду с этим в регионах достаточно активно учитываются критерии ресурсной обеспеченности (медицинские кадры и медицинское оборудование), которые относятся к критериям группы 2 (Таблица 1), что может объясняться их объективностью и большей определенностью с точки зрения учета и измерения. Ранжирование также показывает, что критерии группы 4 («Сроки ожидания плановой МП», «Результативность работы», «Транспортная доступность») являются наименее применяемыми в исследуемых регионах. Критерий «Межтерриториальные потоки пациентов» реже используется в региональных системах распределения объемов медицинской помощи.

Рисунок 4

Ранжирование критериев распределения объемов медицинской помощи в исследуемых регионах



В результате опрос ТФОМС о применении критериев распределения медицинской помощи подчеркивает ориентацию региональных систем распределения прежде всего на исторические значения оказанных объемов медицинской помощи и относительно статичные порядки маршрутизации пациентов, регламентация которых относится к компетенции РОУЗ, а не Комиссий по разработке территориальной программы ОМС.

В то же время большая часть критериев, относящихся к стратегическому распределению объемов медицинской помощи, в том числе оценка результатов деятельности медицинских организаций, используются менее активно.

Кластерный анализ

Для лучшего понимания различий между регионами с точки зрения применения исследуемых критериев распределения объемов медицинской помощи выполнен кластерный анализ на базе программного статистического пакета SPSS⁷. При этом применен метод иерархического кластерного анализа⁸, выбор которого обусловлен тем, что изучаемые переменные имеют порядковую шкалу. Всего в анализ включены десять переменных, характеризующих значимость использования соответствующих критериев распределения в регионах (табл. 1), и принимают значения от 0 до 5 баллов, где 1 – очень низкая значимость, 5 – очень высокая значимость, или 0 – критерий не применяется.

В результате кластеризации были выделены четыре кластера, объединяющих регионы с точки зрения применения исследуемых критериев распределения объемов медицинской помощи. Состав региональных кластеров представлен в Приложении 1.

Для характеристики полученных кластеров рассчитаны медианные значения изучаемых переменных, характеризующих значимость критериев распределения, по каждому кластеру. Далее медианные значения усреднены в рамках исследуемых групп критериев 1–4. Полученные среднегрупповые значения в разрезе четырех кластеров представлены в Таблице 2.

Таблица 2

Среднегрупповые медианные значения переменных в разрезе четырех региональных кластеров в баллах

| Группа критериев (переменных) | Номер кластера | | | |
|--|----------------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Группа 1. Исторический уровень | 5,0 | 5,0 | 5,0 | 5,0 |
| Группа 2. Ресурсная обеспеченность | 4,0 | 2,5 | 5,0 | 5,0 |
| Группа 3. Сбалансированность доходов и расходов | 3,3 | 3,0 | 2,0 | 4,7 |
| Группа 4. Потребности населения и результаты деятельности медицинских организаций | 2,7 | 1,3 | 1,0 | 4,7 |
| Количество регионов в кластере (ед.) | 33 | 15 | 19 | 19 |
| Среднеквадратичное отклонение среднегрупповых медианных значений переменных по группам 1–4 | 0,75 | 1,04 | 1,75 | 0,17 |

Источник: Составлена автором.

⁷ Statistical Package for the Social Sciences (статистический пакет для общественных наук).

⁸ Методы построения кластеров: 1) расстояние между объектами: квадрат евклидова расстояния; 2) расстояние между двумя кластерами: метод Варда.

На основании данных Таблицы 2 региональные кластеры характеризуются следующим образом. Прежде всего, отметим, что критерии пассивного распределения (группа 1 «Исторический уровень») в каждом кластере характеризуются максимальным среднегрупповым медианным значением переменных (5 баллов). Другими словами, во всех кластерах использование Комиссиями пассивных критериев превалирует над остальными. В то же время значение других групп критериев заметно отличается в разрезе рассмотренных кластеров.

Кластер № 1 (33 региона). Использование групп критериев в регионах данного кластера относительно равномерное (среднеквадратичное отклонение среднегрупповых медианных значений переменных по группам 1–4 составило 0,75, что ниже среднего по всем кластерам). По сравнению с регионами кластеров 2 и 3 заметна более высокая роль критериев активного (стратегического) распределения (среднегрупповое медианное значение переменных группы 4 составляет 2,7 балла). Роль критериев группы 3 также относительно высока. В то же время среднегрупповое медианное значение критериев ресурсной обеспеченности незначительно отклоняется от максимума (составляет 4 из 5 баллов).

Кластер № 2 (15 регионов). В регионах данного кластера наблюдается смещение роли критериев в пользу пассивного распределения объемов медицинской помощи (критерии группы 1).

По сравнению с другими кластерами отмечается более низкая роль критериев ресурсной обеспеченности. При этом основным инструментом распределения (после критериев группы 1) является балансировка доходов и расходов, что в совокупности со слабым использованием критериев групп 2 и 4 может свидетельствовать о фактическом применении в этих регионах сметных принципов финансирования при распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями. Стоит отметить, что количество регионов данного кластера является наименьшим по сравнению с другими кластерами.

Кластер № 3 (19 регионов). Использование групп критериев в регионах данного кластера наиболее неравномерное (среднеквадратичное отклонение среднегрупповых медианных значений переменных по группам критериев 1–4 составило 1,75, т.е. является наибольшим по сравнению с другими кластерами). Основным дополнением к пассивному механизму распределения (критерии группы 1) является использование критериев ресурсной обеспеченности, роль же критериев групп 3 и 4 находится на минимальном уровне по сравнению с другими кластерами.

Кластер № 4 (19 регионов). Соотношение использования критериев в данном кластере является наименее однозначным: заметна высокая роль всех групп критериев (среднегрупповые медианные значения переменных по группам критериев 1–4 составляют от 4,7 до 5). Однако в условиях явного недостатка организационно-методического обеспечения для использования критериев группы 4, учитывающих потребности населения и результаты деятельности медицинских организаций, их роль в регионах данного кластера представляется завышенной. В пользу этого утвержде-

ния свидетельствует также тот факт, что значения критериев пассивного распределения (группа 1) сохраняются на максимальном уровне, что противоречит логике перехода к использованию критериев активного распределения: при достижении высокого уровня значимости критериев активного распределения роль критериев пассивного распределения должна снижаться, что не соответствует заявленным практикам в данных регионах.

Таким образом, проведенный кластерный анализ показывает, что региональные практики распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС имеют выраженные различия. При этом система распределения в регионах кластера № 1 представляется наиболее сбалансированной и адекватной текущим условиям регулирования механизмов распределения объемов медицинской помощи. По сравнению с другими кластерами, в регионах данного кластера отмечается умеренная нацеленность на применение более сложных инструментов оценки деятельности медицинских организаций. Примечательно, что данный кластер является самым многочисленным: в его состав вошло 33 региона.

Дискуссия

Результаты исследования показывают, что основным критерием распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями служит исторический уровень оказанных объемов медицинской помощи. Другими словами, система распределения основывается на принципе «планирование от достигнутого». В то же время Комиссии по разработке территориальной программы ОМС с разной степенью активности используют другие критерии распределения, в том числе те, которые соответствуют стратегическому подходу. Однако, как показывают результаты опроса ТФОМС, роль критериев стратегического распределения существенно ниже.

Проведенный анализ демонстрирует, что при наличии недостатков федерального регулирования механизмов распределения объемов медицинской помощи, в региональной практике активно используются разносторонние критерии распределения, характеризующие (наряду с историческим уровнем оказанных объемов медицинской помощи) ресурсную обеспеченность, сбалансированность доходов и расходов, результаты деятельности медицинских организаций, а также потребности населения. При этом по результатам кластерного анализа наблюдаются различные модели сочетания указанных групп критериев в региональных системах ОМС.

Рассматривая причины полученного результата, следует отметить следующие обстоятельства. Во-первых, распределение объемов медицинской помощи неразрывно связано с обеспечением стабильности функционирования и финансирования медицинских организаций. В региональных системах ОМС одним из ключевых приоритетов является поддержание финансовой устойчивости государственных учреждений здравоохране-

ния, что гарантирует заданный уровень доступности медицинской помощи. Таким образом, исторический уровень объемов медицинской помощи служит наиболее значимым фактором распределения.

Во-вторых, учет различных аспектов деятельности медицинских организаций требует определенной методической проработки и организации процесса. Так, например, количественная оценка результатов работы нуждается в проведении исследований о выявлении факторов, которые могут быть использованы для сравнительного анализа деятельности медицинских организаций.

Опыт ряда зарубежных стран показывает возможность использования, например, показателей клинической результативности, в том числе больницы летальности. Однако в российской практике данные механизмы не находят поддержки ввиду отсутствия необходимой исследовательской базы. Для снижения разрыва в этом вопросе целесообразно на федеральном уровне инициировать сбор информации и проведение исследований с апробацией в пилотных регионах и последующим масштабированием.

В-третьих, низкая прозрачность процедур и критериев распределения объемов медицинской помощи сама по себе ограничивает возможность широкой дискуссии, в которой могли бы принять участие представители медицинской общественности, пациентских организаций и экспертного сообщества. Причиной может являться низкая заинтересованность Комиссий в упорядочивании процедур распределения, а также отсутствие прямых указаний и требований по данному вопросу в нормативных правовых актах федерального уровня.

С теоретической точки зрения полученные результаты могут применяться для развития теории принципал-агентских отношений в сфере ОМС. Так, дифференциация практик распределения объемов медицинской помощи свидетельствует о том, что отношения принципала (Комиссия) и агентов (медицинские организации) имеют свои особенности в разрезе выделенных региональных кластеров. Следовательно, свойственная принципал-агентским отношениям проблема информационной асимметрии будет проявляться по-разному в регионах с различными подходами к сочетанию критериев распределения объемов медицинской помощи.

В частности, для регионов, в которых отмечается относительно более высокая роль критериев активного (стратегического) распределения медицинской помощи (кластеры 1, 4), возникает проблема информационной асимметрии в части учета клинических результатов деятельности медицинских организаций. Без научно обоснованных и формализованных алгоритмов такой оценки принимаемые Комиссиями решения о распределении могут оказаться неэффективными из-за невозможности квалифицированной экспертизы данных о результатах лечебной работы и более сильной переговорной позиции медицинских организаций по вопросам медицинского характера.

Использование показателей ресурсной обеспеченности без учета результатов деятельности медицинских организаций (свойственно кла-

стеру № 3) ведет к рискам неэффективных расходов на оплату труда, закупку и обслуживание медицинского оборудования.

В свою очередь, показатели сбалансированности доходов и расходов требуют адекватных моделей финансового анализа, без которых возрастает вероятность ошибочных решений Комиссии о распределении объемов медицинской помощи.

При опоре распределения на исторические данные об оказанных объемах медицинской помощи в отчетном периоде Комиссия сталкивается с необходимостью адекватной оценки обоснованности выполненных объемов медицинской помощи. Без нее в системе ОМС может снижаться мотивация стационарных медицинских организаций в отношении лечения более сложных пациентов и внедрения новых медицинских технологий.

Таким образом, повышению эффективности принципал-агентских отношений «Комиссия – медицинские организации» будет способствовать формирование прозрачных процедур и критериев распределения объемов медицинской помощи, а также разумная унификация региональных практик. В ближайшей перспективе целесообразно обеспечить использование Комиссиями алгоритма управления, адекватного выбранному подходу к сочетанию рассмотренных критериев распределения объемов медицинской помощи.

Заключение

Использование стратегической закупки медицинских услуг в отношении распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС подразумевает необходимость оценки реальной потребности населения в медицинской помощи, применения показателей результатов работы медицинских организаций и создания позитивных экономических стимулов. Данные требования следуют из анализа ряда исследований, посвященных концепции стратегической закупки медицинских услуг, и рассматриваются в противовес подходу, основанному на учете исторически сложившихся значений объемов медицинской помощи. В настоящей работе выделены три критерия активного (стратегического) распределения: «Результативность работы», «Сроки ожидания плановой медицинской помощи», «Транспортная доступность».

Для оценки выполнения требований стратегической закупки медицинских услуг в российской системе ОМС проведен анализ регулирования процедур и критериев распределения объемов медицинской помощи, установленных на федеральном уровне Правилами ОМС, а также региональных практик распределения на основе данных опроса ТФОМС.

В части регулирования механизма распределения можно отметить, что с принятием новой версии Правил ОМС в 2019 г. произошло более четкое оформление деятельности Комиссий в части закрепления функции по распределению объемов медицинской помощи. В частности, установлены семь критериев распределения, однако в их число критерии активного (стратегического) распределения не вошли.

В то же время установленные критерии распределения имеют ряд недостатков, включая отсутствие детализации по условиям оказания медицинской помощи и количественно измеримых показателей. Кроме этого, действия Комиссии в рамках процедуры распределения плохо регламентированы, в результате чего механизм распределения характеризуется низкой прозрачностью, что может затруднять его эффективное использование на практике.

Анализ данных опроса ТФОМС о применении критериев распределения подтверждает ориентацию Комиссий на исторический уровень оказанных объемов медицинской помощи. При этом высокая роль также отводится критериям, характеризующим ресурсную обеспеченность медицинских организаций, включая обеспеченность медицинскими кадрами и медицинским оборудованием. Менее значимыми являются критерии распределения, характеризующие сбалансированность доходов и расходов медицинских организаций, что может быть обусловлено большей трудоемкостью и сложностями организационного и методического характера при учете данных критериев.

Несмотря на отсутствие закрепления критериев активного (стратегического) распределения в Правилах ОМС, данные опроса ТФОМС свидетельствуют о том, что такие критерии используются Комиссиями на практике. Однако их роль по сравнению с другими группами рассмотренных критериев заметно ниже. По результатам ранжирования критериев в зависимости от степени их использования в региональных системах ОМС можно отметить, что из трех критериев стратегического распределения наиболее активно применяется критерий «Сроки ожидания плановой МП», далее следует «Результативность работы», а наименее активно – «Транспортная доступность».

Кластерный анализ подтверждает наличие дифференцированных подходов к сочетанию критериев распределения в региональных системах ОМС. В итоге выделены четыре однородные группы регионов. Самый крупный кластер включает в себя 33 региона, для которых характерно умеренное использование критериев активного (стратегического) распределения.

Полученные результаты имеют важное практическое значение для совершенствования механизмов распределения объемов медицинской помощи в ОМС, а также для развития теории принципал-агентских отношений в сфере ОМС – «Комиссия – медицинские организации».

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Распределение исследуемых регионов по кластерам

| Кластеры | Количество наблюдений в кластере | Регионы кластера |
|-------------|----------------------------------|---|
| Кластер № 1 | 33 | Брянская область, Владимирская область, Московская область, Рязанская область, Смоленская область, Ярославская область, г. Москва, Архангельская область, Новгородская область, Волгоградская область, Ростовская область, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия – Алания, Чеченская Республика, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Нижегородская область, Оренбургская область, Свердловская область, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Ямало-Ненецкий автономный округ, Республика Хакасия, Красноярский край, Иркутская область, Новосибирская область, Томская область, Республика Бурятия, Магаданская область, Сахалинская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ |
| Кластер № 2 | 15 | Воронежская область, Курская область, Республика Коми, Мурманская область, Псковская область, г. Севастополь, Республика Марий Эл, Удмуртская Республика, Пермский край, Пензенская область, Челябинская область, Республика Алтай, Республика Тыва, Омская область, Амурская область |
| Кластер № 3 | 19 | Белгородская область, Калужская область, Тверская область, Вологодская область, Калининградская область, г. Санкт-Петербург, Республика Адыгея, Республика Крым, Республика Дагестан, Ставропольский край, Республика Башкортостан, Кировская область, Самарская область, Ульяновская область, Курганская область, Алтайский край, Кемеровская область, Камчатский край, г. Байконур |
| Кластер № 4 | 19 | Ивановская область, Костромская область, Липецкая область, Орловская область, Тамбовская область, Тульская область, Республика Карелия, Ленинградская область, Ненецкий автономный округ, Республика Калмыкия, Краснодарский край, Астраханская область, Чувашская Республика, Саратовская область, Тюменская область, Республика Саха (Якутия), Забайкальский край, Приморский край, Хабаровский край |

Источник: Составлена автором.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Авксентьева М.В., Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации // *Лекарственный вестник*. 2016. Т. 10, № 2 (62). С. 31–36.
2. Белявский А.Р., Шелякин В.А., Железнякова И.А. Модель перехода к оплате медицинской помощи по КСГ в Свердловской области // *Здравоохранение*. 2016. № 3. С. 50–63.
3. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности (ред. Френк Х., Холк С., Мюррей К., Адамс О., Криз Э., Джеймисон Д., Кавабата К., Масгроув Ф., Прентис Т.). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000.
4. Всемирная организация здравоохранения. Стратегические закупки услуг для целей ВОУЗ: основные проблемы и вопросы политики. Резюме дискуссий экспертов и практиков (ред. Матхауэр И., Дейл Э., Мессен Б.). Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311527/9789244513316-rus.pdf>
5. Всемирный банк. Расходовать разумно. Приобретение услуг здравоохранения для бедных (ред. Бондаренко А.В., Журавлева Е.И., Зимарин О.А., Комарова Т.Л.). Москва: Издательство «Весь Мир», 2008.
6. Гордеев Э.А. Актуальные вопросы арбитражной практики в системе ОМС (опыт Санкт-Петербурга) // *Менеджер здравоохранения*. 2018. № 3. С. 43–49.
7. Кадыров Ф.Н., Куфтова Ю.В. Обзор судебной практики по вопросам оплаты сверхплановых объемов медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // *Менеджер здравоохранения*. 2019. № 4. С. 71–76.
8. НИУ ВШЭ. Информационно-аналитические отчетные материалы по теме: «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» (в интересах Счетной палаты Российской Федерации) (рук. Шишкин С. В). Москва: НИУ ВШЭ, 2020.
9. Обухова О.В., Брутова А.С., Базарова И.Н. Проблемы перевода высокотехнологичной медицинской помощи в клинико-статистические группы // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2017. Т. 29, № 3. С. 22–30.
10. Обухова О.В. Экономические механизмы усиления профилактической деятельности медицинских организаций // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015. Т. 44, № 4.
11. Сайтгареев Р.Р. Показатели результативности при оплате амбулаторной помощи по подушевому нормативу // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2016. Т. 26, № 4. С. 26–31.

12. Счетная палата Российской Федерации. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации». Коллегия Счетной палаты Российской Федерации, 2021. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn04vyii4ppk4fxcr.pdf>
13. Время приезда скорой и жалобы пациентов будут критериями для распределения средств ОМС. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования разработал проект критериев распределения объемов медпомощи среди медучреждений // ТАСС. 2021. URL: <https://tass.ru/obschestvo/11851089>
14. Шейман И.М. Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи // Вопросы государственного и муниципального управления. 2016. № 4. С. 143–164.
15. Шишкин С.В., Понкратова О.Ф. Территориальная дифференциация тарифов на оплату стационарной медицинской помощи в ОМС // Вопросы государственного и муниципального управления. 2021. № 1. С. 75–99.
16. Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2019. URL: <https://publications.hse.ru/pubs/share/direct/266095696.pdf>
17. Busse R., Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends // Healthcare Papers. 2007. Vol. 8, spec no. P. 62–76. URL: <https://doi.org/10.12927/hcpap.2007.19221>
18. European Observatory on Health Systems and Policies. Purchasing to improve health systems performance: eds. Figueras J., Robinson R., Jakubowski E. Maidenhead, Oxford University Press, 2005.
19. Greer S., Klasa K., Ginneken E. Power and Purchasing: Why Strategic Purchasing Fails // The Milbank Quarterly. 2020. Vol. 98, no. 3. P. 975–1020.
20. Habicht T., Habicht J., Ginneken E. Strategic purchasing reform in Estonia: Reducing inequalities in access while improving care concentration and quality // Health Policy. 2015. Vol. 119, no. 8. P. 1011–1016. URL: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.06.002>
21. Petersone M., Ketners K., Krievins D., Erins I. Strategic Purchasing and Health System Efficiency: Prospects for Health Sector Reform in Latvia // WSEAS Transactions on Business and Economics. 2020. Vol. 17, no. 6. P. 41–50. URL: <https://doi.org/10.37394/23207.2020.17.6>
22. Sanderson J., Lonsdale C., Mannion R. What's Needed to Develop Strategic Purchasing in Healthcare? Policy Lessons from a Realist Review // International Journal of Health Policy and Management. 2019. Vol. 8, no. 1. P. 4–17. URL: <https://doi.org/10.15171/IJHPM.2018.93>
23. The World Bank. Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services: eds. Preker A., Liu X., Velenyi E., Baris E. Washington, DC, The International Bank for Reconstruction and Development, 2007.

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 06.12.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 N 158н (ред. от 11.01.2017) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Минюсте России 03.03.2011 N 19998).
3. Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 25.09.2020) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован в Минюсте России 17.05.2019 N 54643).
4. Предостережение о недопустимости совершения действий, которые могут привести к нарушению антимонопольного законодательства // Курское УФАС России. 2018. URL: <https://br.fas.gov.ru/to/kurskoe-ufas-rossii/-9b4d499a-3018-49bc-b32c-fa20c6884e29/>
5. Дело № 013/01/15-769/2020. Дело в отношении Правительства Республики Мордовия от 6 ноября 2020 г. // Мордовское УФАС России. 2020. URL: <https://br.fas.gov.ru/cases/92efa437-d8b2-41a3-8215-6f875e0ae329/>
6. Предупреждение № 05–04/9–18 о прекращении действий (бездействия), которые содержат признаки нарушения антимонопольного законодательства // Омское УФАС России. 2018. URL: <https://br.fas.gov.ru/to/omskoe-ufas-rossii/05-04-9-18/>
7. Предупреждение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в Удмуртской Республике без аннотации от 27 марта 2017 г. // Удмуртское УФАС России. 2017. URL: <https://br.fas.gov.ru/to/udmurtskoe-ufas-rossii/preduprezhdenie-komissii-po-razrabotke-territorialnoy-programmy-oms-v-udmurtskoy-respublike/>

REFERENCES

1. Avksent'eva, M.V. and Salakhutdinova, S.K. (2016) 'Diagnosis Related Groups (DRG) as a new method of payment for hospital and hospital-replacing care in the Russian Federation', *Lekarstvennyi vestnik*, 10(2(62)), pp. 31–36. (In Russian).
2. Belyavskiy, A.R., Shelyakin, V.A. and Zheleznyakova, I.A. (2016) 'Model of the transition to payment for medical care on the DRG in the Sverdlovsk Region', *Zdravookhraneniye*, 3, pp. 50–63. (In Russian).
3. Busse, R., Figueras, J., Robinson, R. and Jakubowski, E. (2007) 'Strategic purchasing to improve health system performance: key issues and international trends', *Healthcare Papers*, Sp. Issue, 8, pp. 62–76. Available at: doi.org/10.12927/hcpap.2007.19221 (accessed 20 March 2022).

4. Figueras, J., Robinson, R. and Jakubowski, E. (eds) (2005) *Purchasing to improve health systems performance. European Observatory on Health Systems and Policies*. Maidenhead: Oxford University Press.
5. Gordeev, E.A. (2018) 'Topical issues of arbitration practice in the chi system (the experience of Saint-Petersburg)', *Menedzher zdravoohraneniya*, 3, pp. 43–49. (In Russian).
6. Greer, S., Klasa, K. and Ginneken, E. (2020) 'Power and purchasing: Why strategic purchasing fails', *The Milbank Quarterly*, 98(3), pp. 975–1020.
7. Habicht, T., Habicht, J. and Ginneken, E. (2015) 'Strategic purchasing reform in Estonia: Reducing inequalities in access while improving care concentration and quality', *Health Policy*, 119(8), pp. 1011–1016. Available at: doi:10.1016/j.healthpol.2015.06.002 (accessed 20 March 2022).
8. Kadyrov, F.N. and Kuftova, Yu.V. (2019) 'The review of judicial practice on the payment of over-planned volumes of medical care in the system of compulsory health insurance', *Menedzher zdravoohraneniya*, 4, pp. 71–76. (In Russian).
9. Mathauer, I., Dale, E. and Meessen, B. (2017) *Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners' discussions*. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259423> (accessed 20 March 2022).
10. HSE (2020) Information and analytical reporting materials on the topic: «Analysis of the effectiveness of the functioning of the system of compulsory medical insurance in the Russian Federation» (in the interests of the Accounts Chamber of the Russian Federation). Moscow: HSE. (In Russian).
11. Obukhova, O.V. (2015) 'Economic instruments for strengthening preventive activities of medical organizations', *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*, 4 (44). (In Russian).
12. Obukhova, O.V., Brutova, A.S. and Bazarova, I.N. (2017) 'The problems of transferring high-tech medical care to Russian diagnostic-related groups (ruDRG)', *Medit-sinskie tekhnologii. Otsenka i vybor*, 3(29), pp. 22–30. (In Russian).
13. Petersone, M., Ketners, K., Krieviņš, D. and Erins, I. (2020) 'Strategic purchasing and health system efficiency: Prospects for health sector reform in Latvia', *WSEAS Transactions on Business and Economics*, 17(6). DOI: 10.37394/23207.2020.17.6
14. Preker, A., Liu, X., Velenyi, E. and Baris, E. (eds.) (2007) *Public Ends, Private Means: Strategic Purchasing of Health Services*. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank.
15. Preker, A.S. and Langenbrunner, J.C. (2005) *Spending wisely: buying health services for the poor*. Washington, DC: World Bank. Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/26440d18-0246-5491-8fe9-da9ef56fceff> (accessed 20 March 2022).
16. Saitgareyev, R.R. (2016) 'The indicators of efficiency in capitation payments for outpatient care', *Medit-sinskie tekhnologii. Otsenka i vybor*, 4 (26), pp. 26–31. (In Russian).

17. Sanderson, J., Lonsdale, C. and Mannion, R. (2019) 'What's needed to develop strategic purchasing in healthcare? Policy lessons from a realist review', *International Journal of Health Policy and Management*, 8(1), pp. 4–17. DOI: 10.15171/IJHPM.2018.93
18. Schetnaya palata Rossiiskoy Federatsii (2021) *Report on the results of the expert-analytical event «Analysis of the effectiveness of the functioning of the system of compulsory medical insurance in the Russian Federation»*. Kollegiya Schetnoi palati Rossiiskoy Federatsii. Available at: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn-04vyii4ppk4fxcr.pdf> (accessed 20 March 2022).
19. Sheyman, I.M. (2016) 'Problems of transition to the capitation method of primary care payment', *Public Administration Issues*, 4, pp. 143–164. (In Russian).
20. Shishkin, S.V. and Ponkratova, O.F. (2021) 'Territorial disparity between tariffs for medical care in the compulsory health insurance', *Public Administration Issues*, 1, pp. 75–99. (In Russian).
21. Shishkin, S.V., Sheyman, I.M., Potapchik, E.G. and Ponkratova, O.F. (2019) *Analysis of the insurance medicine in Russia and prospects for its development*. Moscow: HSE. Available at: <https://publications.hse.ru/pubs/share/direct/266095696.pdf> (accessed 20 March 2022). (In Russian).
22. TASS (2021) *The time of arrival of the ambulance and the complaints of patients will be the criteria for the distribution of CHI funds. The Federal Compulsory Medical Insurance Fund has developed a draft criteria for the allocation of medical care among medical institutions*. TASS, July 8. Available at: <https://tass.ru/obschestvo/11851089> (accessed 20 March 2022).
23. World Health Assembly, 53 (2000) *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79020> (accessed 20 March 2022).

Статья поступила в редакцию 07.07.2022;
одобрена после рецензирования 02.10.2022;
принята к публикации 11.05.2023.