

Развитие конкурентных отношений в условиях одноканального финансирования здравоохранения (на примере Томской области)

С.А. БАНИН, кандидат экономических наук, Томский государственный университет. E-mail: sbanin56@mail.ru

В статье на примере функционирования здравоохранения Томской области в условиях одноканального финансирования показаны направления реформирования отрасли с целью обеспечения потребностей населения в качественных и доступных медицинских услугах на основе конкуренции между организациями, предоставляющими эти услуги на различных уровнях медицинской помощи.

Ключевые слова: одноканальное финансирование, рынок здравоохранения, конкуренция

Не утихают споры о выборе направлений развития отечественной системы здравоохранения. Дискуссии ведутся вокруг двух ведущих моделей: бюджетной и страховой, при этом рыночная не рассматривается, так как в сфере предоставления медицинской помощи отсутствуют и сама конкурентная среда, и реальные условия для ее формирования [1. С. 50].

Между тем сочетание элементов рыночных отношений с бюджетным или страховым вариантами сегодня признано наиболее эффективным, о чем говорят результаты деятельности здравоохранения Сингапура, Гонконга, которые, по версии агентства Bloomberg, делят 1–2-е места в мировом рейтинге. Этот тезис подтверждают и данные Всемирной организации здравоохранения о росте частных расходов на здравоохранение в России с 26,12% в 1995 г. до 47,8% от общего их уровня в 2014 г.¹ В Томской области, по данным Томскстата, на 01.01.2016 г. в системе здравоохранения и социального обслуживания насчитывалось 751 предприятие и организация; из которых 72,7% относятся к частной форме собственности [3. С. 52].

¹ В классической рыночной модели здравоохранения США доля частных средств составляла в 2014 г. 51,7% [2].

Мотивация пациентов, интересы медучреждений

Рассмотрим эффективность одноканальной системы финансирования через систему ОМС² на примере Томской области, где она действует с 2006 г. В настоящее время такая система, внедряемая под руководством Министерства здравоохранения РФ и Фонда ОМС, названа основной. И, поскольку в общероссийском масштабе переход на принципы одноканального финансирования начался только с 2013 г., анализ первых результатов внедрения томской модели с точки зрения развития конкурентных отношений будет полезен для других субъектов Российской Федерации.

Результаты исследований показали, что в систему ОМС, в том числе в амбулаторно-поликлинический сектор, стал более активно входить частный бизнес. По данным Федерального фонда ОМС, число медицинских негосударственных организаций увеличилось с 618 в 2010 г. до более 1,7 тыс. в 2014 г., т. е. с 7,6% до 19,0% всех медицинских организаций, работающих в системе ОМС по всей стране. Частные медицинские организации, входя в систему ОМС, как правило, оказывают амбулаторную, т. е. поликлиническую, медицинскую помощь [5]. При этом речь идет не только о традиционных для частного бизнеса амбулаторных консультативно-диагностических услугах, но и о прикреплении населения на обслуживание врачами общей (семейной) практики (например, групповые общие врачебные практики, в состав которых входит несколько врачебных практик, компании «Группа Евромед» (Санкт-Петербург, Ульяновск), или индивидуальные общие врачебные практики «Центра семейной медицины» (Томск, Новосибирск)). В Томской области эта тенденция получила развитие уже на старте внедрения одноканального финансирования. Так, например, к ООО «Медсанчасть № 3» в 2005 г. было прикреплено 2382 чел., а к сентябрю 2008 г. – уже 12191 чел. [6].

Медицинские услуги частных клиник пользуются достаточно большим спросом, а неэластичность спроса позволяет им использовать стратегию «снятия сливок», т. е. прикреплять на обслуживание более молодое, трудоспособное и здоровое население.

² Заметим, что ряд российских ученых отстаивает альтернативное мнение об одноканальном финансировании через бюджет [4].

В условиях фондодержания (т. е. передачи всех средств, выделенных на оказание медицинской помощи обслуживаемого населения в распоряжение самого медицинского учреждения, при условии, что из этих средств будет оплачиваться все, что сделано не в этом учреждении) такая стратегия в совокупности с развитием собственной лечебной и консультативно-диагностической базы, правильной логистикой работы с пациентами и эффективным расходом средств достаточно привлекательна для бизнеса. А использование дифференцированных подушевых нормативов, учитывающих половозрастные и другие особенности обслуживаемого населения, расширение круга пациентов, а также географию деятельности (сельская местность), позволяет частной системе общих врачебных практик быть рентабельной даже при действующих тарифах в системе ОМС.

Подушевое финансирование в условиях фондодержания способствует развитию конкурентных отношений и в секторе государственных амбулаторно-поликлинических медицинских организаций, которые сейчас мотивированы к максимально возможному прикреплению населения. Особенно это проявляется в сельских «пограничных» населенных пунктах, когда, например, расстояние до районной больницы соседнего района ближе, чем до своей больницы, или есть другие причины более удобной транспортной доступности (река, платная паромная переправа и др.).

В результате, например, число пациентов, прикрепленных на обслуживание к районной больнице Молчановского района Томской области для оказания первичной медицинской и стоматологической помощи, больше, чем постоянное население района, частично за счет рядом находящегося Чаинского района, где для некоторых населенных пунктов до больницы соседнего района ближе и удобнее добираться, при этом обе больницы примерно одинаковы по мощности, объему и качеству предоставляемых услуг.

Подобные тенденции отмечаются и в медицинских организациях г. Томска, даже несмотря на определенные ограничения, связанные с тем, что гражданам, не проживающим в зоне обслуживания поликлиники, медицинская помощь на дому не оказывается.

Таким образом, для пациентов в сельской местности мотивирующими факторами выбора являются географические особенности, определяющие доступность медицинской помощи; в городах, где есть выбор таких организаций, – качество и объем медицинских услуг. Для медицинских организаций мотивом привлечения пациентов является, в первую очередь, финансовый фактор, позволяющий получить дополнительную прибыль, а при рациональном использовании средств часть их можно направлять на развитие.

Изменение структуры медицинской помощи

Внедрение одноканального финансирования в условиях фондодержания в Томской области привело к изменению структуры видов помощи в медицинских организациях, что способствовало усилению конкурентоспособности как в первичном звене, так и в специализированном секторе регионального здравоохранения. При этом, в отличие от командно-административного варианта, новые финансовые взаимоотношения стали объективным стимулом для изменений, обусловленных реальной востребованностью того или иного вида медицинских услуг.

В первичном звене реструктуризация медицинской помощи выразилась в активных процессах развития общих врачебных практик и специализированных видов помощи амбулаторно-поликлинического сектора. Изучение особенностей предпринимательской модели развития общей врачебной практики на примере Томской области позволяет сделать вывод о том, что модель, нацеленная на предпринимательский характер деятельности, формирует конкурентную среду в амбулаторном звене, положительно влияя на качество медицинской помощи [7].

До внедрения новой модели медицинская помощь была структурирована неправильно: врачи-специалисты и в поликлиниках, и областных учреждениях занимались, по сути, первичным приемом пациентов: по некоторым специальностям (ЛОР-врачи, например) первичный прием занимал до 70–80% врачебной нагрузки, и около 50% ее не относилось к специализированной.

По данным департамента здравоохранения Томской области, до начала внедрения новых финансовых инструментов было всего восемь медицинских центров общей врачебной практики, преимущественно в г. Томске и близлежащих муниципальных

образованиях, а к 2009 г. – уже 62. Они открывались в новых зданиях, иногда – на базе реорганизованных фельдшерско-акушерских пунктов или врачебных амбулаторий. Количество посещений к врачам общей практики выросло с 74,1 тыс. в 2005 г. до 209,4 тыс. в 2008 г.; при этом число посещений участковых терапевтов и педиатров осталось практически на том же уровне. Это свидетельствует о том, что за счет удовлетворения потребностей населения в первичном врачебном приеме, в том числе специализированном, повысилась доступность врачебной помощи, был разгружен специализированный уровень оказания медицинской помощи, поскольку общее количество посещений врачей в Томской области снизилось с 9392,3 тыс. в 2005 г. до 9215,0 в 2008 г. В области сократился и уровень госпитализации населения – с 250,3 на 1000 чел. населения в 2005 г. до 247,0 в 2008 г.

Развитию специализированных видов медицинской помощи в первичном поликлиническом звене способствует и тарифная политика, учитывающая географические и прочие особенности медицинской деятельности. Стоимость одноименных медицинских услуг в районах области установлена даже выше, чем в областных или федеральных медицинских организациях. Так, например, тариф на первичный прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога в НИИ кардиологии и областной клинической больнице – 462,33 руб., на общий (клинический) анализ крови – 242,53 руб., а в больнице г. Стрежевого – 735,1 руб. и 385,62 руб. [8].

Внедрение института врачей общей (семейной) практики послужило толчком к изменению структуры переподготовки врачей, и в 2009 г. на базе факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов Сибирского государственного медицинского университета была создана соответствующая кафедра.

Таким образом, новые финансовые отношения стали побудительной причиной реструктуризации консультативной и больничной помощи в областных медицинских организациях, способствовали правильной организации медицинской помощи населению. В качестве примера можно привести данные Томской областной клинической больницы, где реструктуризация стационарной специализированной помощи за счет сокращения объема не пользующихся спросом услуг и исключения первичной

помощи привела к значительному (по некоторым отделениям – вдвое) сокращению коечного фонда, но при этом открыто новое, очень востребованное отделение – Инсультный центр – для помощи больным при сосудистых катастрофах.

Результатом внедрения новых финансово-экономических отношений в стационарной помощи Томской области стало сокращение коечного фонда за четыре года на 452 койки, при этом увеличился коечный фонд для оказания пульмонологической, ревматологической, первичной терапевтической и педиатрической, эндокринологической, нейрохирургической (взрослой и детской), торакальной, детской урологической, гемодиализной и других видов специализированной стационарной помощи.

Реорганизация затронула и специализированную консультативно-диагностическую помощь. Так, в результате перераспределения потоков пациентов к врачам-офтальмологам и эндокринологам (сокращение первичного приема в учреждениях областного уровня и усиление работы профильных врачей в поликлиниках) возникла необходимость присоединить областные офтальмологический и эндокринологический диспансеры к областной клинической больнице в качестве структурных подразделений. В результате появилась возможность организации востребованных «узких» видов специализированной консультативной медицинской помощи. В областной клинической больнице организованы кабинеты специальной коррекции зрения при глаукоме, дистрофических и сосудистых заболеваниях глаз, гепатологического профиля, а также оказания помощи при задержке роста и развития и др., в областной детской больнице оказывается консультативная помощь по направлениям невропатология и эпилептология, детская кардиология. Результатом стало развитие конкурентных отношений между медицинскими организациями-исполнителями, усиление конкурентных преимуществ за счет повышения качества и доступности медицинских услуг.

Результаты

Через год после начала реализации томской модели одноканального финансирования 45 медицинских организаций вышли с предложениями стать поставщиками консультативно-диагностических медицинских услуг, с ними было заключено 172 соответствующих договора. При этом в системе фондодержания было

задействовано только 44% финансовых средств одноканального финансирования, остальные 56% использовались по обычным в системе ОМС формам оплаты (минуя учреждения первичного звена). Такой взвешенный, последовательный подход к внедрению одноканального финансирования, реализуемый в томской модели, позволил оценить последствия внедряемых финансовых новаций, вносить соответствующие коррективы, не разрушая сложившуюся практику финансирования, дать возможность медицинским организациям самим выбрать наиболее выгодный для себя вариант сотрудничества. Если обратимся к Тарифному соглашению в системе ОМС Томской области, то обнаружим, что далеко не все медицинские организации предлагают свои услуги в системе фондодержания. Так, например, тарифы на медицинскую услугу «Рентгенография костей предплечья в 2-х проекциях» установлены только для четырех из 74 медицинских организаций, работающих в 2016 г. по системе фондодержания [8].

В условиях томской модели одноканального финансирования можно совершенствовать конкурентные отношения между медицинскими организациями-исполнителями путем регулирования тарифов на однородные медицинские услуги, предлагаемые различными организациями, расположенными в одной географической зоне (поликлиническими, областными, федеральными и частными) [8].

Поскольку в условиях правильно³ организованного одноканального финансирования сэкономленные средства остаются в распоряжении медицинской организации, то это является стимулом для развития других, чисто рыночных форм хозяйственной деятельности. В частности, в медицинских организациях Томской области одноканальное финансирование стало импульсом для внедрения различных форм аутсорсинга и лизинга (лабораторная диагностика, информатизация, содержание санитарного авиатранспорта, услуги прачечной, бухгалтерский аудит, питание пациентов, клининговые услуги, содержание автохозяйства и др.).

Кроме того, внедрение одноканального финансирования способствовало развитию других факторов, оказывающих позитивное влияние на объем и качество медицинских услуг:

³ Правильно – значит в соответствии с теоретическими научными подходами, принятыми в системе одноканального финансирования.

- за полтора года реализации пилотного проекта модернизации здравоохранения Томской области было принято и внедрено свыше 3000 региональных стандартов по более 500 нозологическим формам, что позволило плавно перейти с июля 2007 г. на федеральные стандарты качества оказания медицинской помощи;

- изменилась мотивация медицинских работников – врачей и среднего медперсонала: заработная плата и социальные блага перестали быть единственными мотивирующими факторами. Медицинские работники ставят вопросы об обеспечении условий труда и профессионального роста (здание, помещение, отремонтированное по европейским стандартам; современное оборудование, отвечающее требованиям федерального стандарта; медицинские технологии, обеспечивающие качество медицинской услуги);

- начался процесс формирования новых принципов управления системой здравоохранения: рынок медицинских услуг должен быть управляемым, на него все большее влияние должны оказывать элементы гражданского общества;

- усилилась роль страховых медицинских организаций, особенно в части обеспечения контроля качества и доступности (чего не было раньше) медицинских услуг. Основные новации: переход от определения уровня качества лечения экспертным путем – к расчету на соответствие федеральному стандарту; от выборочной экспертизы – к целевой, от точечной – к ретроспективной;

- изменился характер планирования медицинских услуг: не сверху вниз (от федерального норматива – к медицинской организации), а снизу вверх, от паспорта врачебного участка – к региональным объемам медицинских услуг.

Таким образом, финансовые инструменты, составляющие сущность одноканального финансирования, являются мощным стимулом для формирования эволюционного, последовательного, научно и методически выверенного варианта развития отечественного здравоохранения. Они также содействуют внедрению элементов рыночных отношений и развитию конкуренции в оказании медицинской помощи [9].

Итак, десятилетний опыт внедрения одноканального финансирования на территории Томской области через систему ОМС

свидетельствует о том, что именно данная модель соответствует мировому тренду развития систем здравоохранения, суть которого заключается в том, что в мире нет «чистых» моделей здравоохранения, все они в той или иной мере носят смешанный характер.

Литература

1. *Тогунов И. А.* Реальна ли конкуренция в здравоохранении? // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика. – 2011. – № 5. – С. 47–53.
2. Global Health Observatory data repository; Health expenditure ratios, by country, 1995–2014 / Russian Federation; United States of America. URL: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRTIORITY?lang=en> (дата обращения: 20.09.2016).
3. Социально-экономическое положение Томской области; Доклад. – Томск: Томскстат, 2016. – Вып. 12. – 147 с.
4. *Комаров Ю. М., Власов В. В., Кравченко Н. А. [и др.]*. Основные положения Стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. и последующие годы. URL: <https://komitetgi.ru/projects/1360/>
5. *Кравчук С. Г.* ФОМС: работающие в ОМС клиники не могут отказать в бесплатной помощи // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2014. – № 1. – С. 36–37.
6. *Завьялова Г. Н.* Опыт участия частного медицинского предприятия в реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области» // Бюллетень сибирской медицины. – 2009. – № 2. – С. 131–135.
7. *Рабцун Е. А.* Предпринимательская модель развития общей врачебной практики (на примере Томской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук (14.02.03); Сиб. гос. мед. ун-т. МЗиСР РФ (г. Томск); ФГБУ НИИ КПГПЗ СО РАМН (г. Новокузнецк). – Новокузнецк, 2012. – 26 с.
8. Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области на 2016 г. URL: http://www.ttfoms.tomsk.ru/page/resheniya_komissii_po_razrabotke_territorialnoy_programmy_oms_v_tomskoy_oblasti (дата обращения: 02.10.2016).
9. *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. – М.: ВШЭ, 2016. URL: <https://conf.hse.ru/data/2016/04/14/1129619258/Здравоохранение.docx>