

## Опыт участия частного медицинского предприятия в реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области»

Завьялова Г.Н.

### Experience of participation of a private medical enterprise in the pilot project «Modernization of Health Service in Tomsk Region»

Zaviyalova G.N.

ООО «Медсанчасть № 3», г. Томск

© Завьялова Г.Н.

Проанализирована деятельность медицинского предприятия ООО «Медсанчасть № 3» в рамках реализации пилотного проекта «Модернизация здравоохранения Томской области» в форме интеграции в систему обязательного медицинского страхования (ОМС). Медсанчасть № 3 достигла существенных успехов работе по увеличению своей доли в системе ОМС. Однако в процессе реализации пилотного проекта сложилась критическая финансовая ситуация, связанная с возрастными особенностями вновь прикрепляемого контингента и, как следствие, с оплатой за экстренную стационарную помощь. Для решения данной проблемы необходимо пересмотреть величину тарифа за экстренную госпитализацию, а также порядок прикрепления населения к лечебно-профилактическим предприятиям, создав равные условия для частных клиник, усилить контроль за случаями экстренной госпитализации.

**Ключевые слова:** частные медицинские предприятия, обязательное медицинское страхование, фондодержание.

The activity of the medical enterprise Medsanchast' No. 3 within the pilot project «Modernization of Health Service in the Tomsk Region» in the form of integration in the obligatory medical insurance (OMI) system has been analyzed. Medsanchast' No. 3 has achieved significant progress in the work on the increase of its fraction in the OMI system. However, in the process of implementation of the pilot project, a critical financial situation took place due to age characteristics of new contingent and, as a consequence, payment for acute hospital aid. To solve this problem, it is necessary to revise the charge for urgent hospitalization and the order of population assignment to medical-prophylactic enterprises, thus creating equal conditions for private clinics, and to tighten control over cases of urgent hospitalization.

**Key words:** private medical enterprise, obligatory medical insurance.

УДК 614.252.7(571.16)

Проводимые государством в последние годы массивные финансовые вливания и изменения в управлении здравоохранением не обеспечивают требуемого эффекта [2, 5]. В этой ситуации частное здравоохранение предлагает колоссальные ресурсы для эффективного выполнения задачи по охране здоровья граждан. Потенциал частного здравоохранения не востребован государством, но именно частная медицина во всем мире является для государств эффективным ресурсосберегающим

инструментом воспроизводства трудового потенциала нации [1, 3, 4].

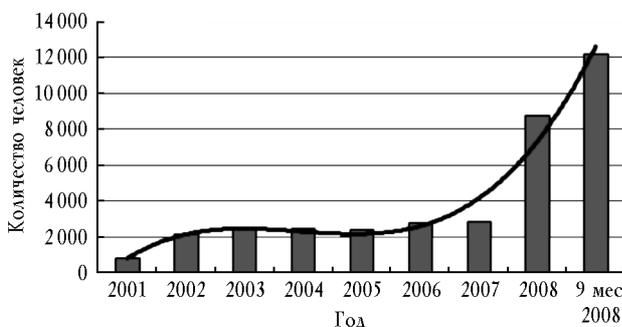
На территории Томской области в настоящее время имеются существенные успехи в интеграции частных медицинских предприятий в систему обязательного медицинского страхования.

В Томской области зарегистрировано свыше 500 медицинских организаций, 80% из них — негосударственной организационно-правовой формы. Муниципальных и государственных учреждений здравоохранения насчитывается 94,

среди негосударственных представлены акционерные общества (221) и предприниматели без образования юридического лица (194).

В Программе государственных гарантий с 1998 г. частное здравоохранение области участвует в оказании не только альтернативных видов, но и первичной медико-санитарной помощи. Одним из наиболее крупных частных предприятий г. Томска является ООО «Медсанчасть № 3».

В медсанчасти № 3 в 2008 г. после включения в пилотный проект наблюдается положительная динамика прикрепления населения (рисунок). Ежемесячно количество прикрепленных граждан увеличивается на 200—800 человек. По состоянию на 01.10.2008 г. численность прикрепленного населения составила 12 367 человек (на 01.10.2007 г. — 6 219 человек). Прирост за 12 мес — 100%, а если принять во внимание дату начала акции 01.08.2007 г., то численность увеличилась в 4 раза (была 3 085 человек). Прикрепление основано на принципе добровольного волеизъявления жителя получать медицинскую помощь в данной организации. Ни одно из муниципальных учреждений не может продемонстрировать подобный уровень доверия населения за такой короткий промежуток времени.



Динамика численности прикрепленного населения к медсанчасти № 3

Рост численности обусловлен такими факторами, как качество, доступность, комфортные условия предоставления медицинской помощи, удобное территориальное расположение предприятия — в непосредственной близости от транспортной развязки.

В процессе проведения рекламной акции (в течение 14 мес) выяснилось, что у 25—30% населения города полисы обязательного меди-

цинского страхования (ОМС) либо вообще отсутствуют, либо просрочены, либо аннулированы. Из этого числа 90% граждан не знают о том, что их полис недействителен, и о том, что необходимо делать в таких случаях, т.е. информированность населения по этому вопросу минимальна. Следует отметить, что до сих пор в регистратуру обращаются пациенты из категории неработающего населения с полисами страховой компании «Стоик-Мед», которая была ликвидирована более 2 лет назад.

Выбор пациентом медицинской организации в системе ОМС Томской области носит декларативный характер. Население автоматически прикрепляют по месту жительства на основе территориального справочника. При замене полиса или при переходе застрахованного из одной страховой медицинской организации (СМО) в другую не учитывается предыдущее место прикрепления, если, конечно, оно не совпадает с территориальным справочником, хотя существующая база ОМС позволяет легко отследить всю историю прикрепления. У застрахованных нет права выбора страховой компании и выбирать не из чего. Решение о страховании в той или иной СМО за него уже принято страхователем.

Медсанчасть № 3 достигла существенных успехов в работе по увеличению своей доли в системе ОМС. Однако в процессе реализации пилотного проекта, а именно с момента введения в тариф оплаты за экстренную стационарную помощь прикрепленному населению, в организации сложилась критическая финансовая ситуация.

Одним из ключевых моментов в методике формирования подушевого норматива фондодержателя является применение половозрастного коэффициента. Систематически анализируя деятельность предприятия в условиях полного фондодержания, выявлено, что этот показатель в условиях быстроизменяющейся численности населения не может быть константой в течение года, так как происходит изменение половозрастной структуры, что, в свою очередь, отражается на потреблении медицинской помощи. В табл. 1, 2 показано как меняется структура возрастного состава прикрепленного населения. На 01.01.2007 г.

доля лиц старше 50 лет составляла 37%, на 01.01.2008 г. 40%, а на 01.10.2008 г. уже 43% (табл. 1).

Таблица 1  
Изменение возрастной структуры прикрепленного населения (численность на начало года)

Год	Всего	Возраст, лет					
		18—19	20—29	30—39	40—49	50—59	Старше 60
01.01.2005	2 382	116	409	329	495	414	619
01.01.2006	2 777	158	519	431	547	488	634
01.01.2007	2 836	161	544	469	597	507	558
01.01.2008	8 717	201	1 781	1 569	1 620	1 862	1 684
9 мес 2008	12 191	279	2 448	2 045	2 168	2 702	2 549

Таблица 2  
Изменение числа льготных категорий граждан

Льготная категория граждан, состоящих на учете	Федеральная льгота	Региональная льгота	Численность прикрепленного населения
На 01.01.2007 г.	392	—	2 836
На 01.01.2008 г.	528	77	8 717
9 мес 2008 г.	1 137	266	12 191

Очевидно, что на осознанный выбор медицинской организации в первую очередь идут люди, остро нуждающиеся в медицинской помощи, соответственно, расходы на медицинскую деятельность при таком уровне потребности возрастают кратно. Анализ заболеваемости прикрепленного населения показал увеличение числа инвалидов и лиц, нуждающихся в диспансерном наблюдении. Число федеральных льготников также возрастает (табл. 2). Данная категория пациентов обеспечивает высокий уровень потребления медицинской помощи, как амбулаторно-поликлинической, так и стационарной, что, в свою очередь, влечет увеличение расходов для фондодержателя.

При формировании подушевого норматива на 2008 г. учитывался уровень фактической госпитализации 2007 г., когда к медсанчасти в течение 8 мес было прикреплено 3 тыс. человек. Уровень госпитализации на тот момент был ниже среднего по Томской области, поскольку медсанчасть вела активную и многолетнюю профилактическую работу среди прикрепленного населения. Сумма, предусмотренная на фондодержание за счет базового подушевого норматива (64%), обеспечивала уровень фактического потребления плановой стационарной помощи на тот период, т.е. из фонда сба-

лансированности дополнительных средств для медсанчасти не предусматривалось.

В связи с увеличением прикрепленного населения и введением экстренной помощи в фондодержание подушевой норматив, сформированный по фактическим показателям предыдущих периодов, оказался дефицитным. Дефицит отмечается даже в летние месяцы, когда снижение потребления медицинской помощи обусловлено сезонностью.

Потребление стационарной помощи (плановой и экстренной) на одного жителя в медсанчасти в денежном выражении составило от 68,56 до 97,31 руб. против 73,25 руб., предусмотренного в тарифе. Таким образом, перерасход денежных средств по сравнению с предусмотренными на эти цели в тарифе по итогам 9 мес 2008 г. составил 628 000 руб., а за 2008 г. — 1 015 968 руб.

С учетом обеспечения у прикрепленного населения потребности в плановых госпитализациях необходимо увеличение подушевого норматива для медсанчасти до 293,34 руб.

В медсанчасти осуществляется попытка регулирования объемов плановых госпитализаций путем ведения очередности. Период ожидания составляет не более 4 мес. Но поскольку вновь прикрепляемое население в подавляющем большинстве имеет серьезные проблемы со здоровьем, то потребность в плановой стационарной помощи ежемесячно возрастает (с 8 человек в январе до 31 в сентябре и 26 в октябре 2008 г.).

Ведется систематическая работа с целью сбалансировать потребность в медицинской помощи и расходы на ее оказание таким образом, чтобы не было затронуто качество оказываемых услуг. Но подробный анализ экстренных и плановых госпитализаций подтвердил, что прикрепленное в последние месяцы население имеет потребность в стационарной помощи выше, чем те пациенты, которые были прикреплены к медсанчасти ранее. Так, в сентябре 2008 г. 30% законченных случаев всего объема плановой госпитализации получили пациенты, прикрепленные к медсанчасти в последние 4 мес (предыдущее место прикрепления — железнодорожная больница), и 30% — жители, прикрепленные к медсанчасти более 15 мес.

Ситуация по экстренной госпитализации подобная: в сентябре 2008 г. 25% от общего объема законченных случаев составили пациенты, прикрепленные к медсанчасти в последние 4 мес, 21% — жители, прикрепленные к медсанчасти более 15 мес. В августе это соотношение составило 35 и 26%, причем половина из них прикрепилась в августе, т.е. когда им понадобилась медицинская помощь (предыдущее место прикрепления — железнодорожная больница, поликлиники № 3 и 4, медсанчасть № 2). Увеличение плановых госпитализаций в 2–3 раза не приводит к значительному снижению количества случаев экстренной помощи, объем которой остается стабильным на уровне предыдущих месяцев.

Анализ длительности пребывания в стационаре по экстренной госпитализации позволяет сделать предложение по оплате экстренной помощи за фактическое количество койко-дней. Так, в сентябре 2008 г. 14 (27%) человек находились в стационаре от 2 до 7 дней. Оплачена данная медицинская помощь по стоимости законченного случая со средним сроком пребывания 10–21 день. В августе менее 7 дней находились в стационаре 13 (21%) человек, тогда как в апреле и мае данный показатель составил 16 и 15% соответственно. Примерная сумма переплаты составляет около 100 тыс. руб. в месяц. При сокращении длительности пребывания возникает риск увеличения объемов стационарной помощи. В случае если стационары переберут согласованные объемы, оплата перевыполненных объемов для стационара будет произведена по трем статьям. Тем самым стационары частично компенсируют свои прямые затраты, а с фондодержателя будет удержана сумма по полной стоимости законченного случая, что еще более усугубило финансовую ситуацию медицинских организаций в ноябре и декабре.

При этом очевидно, что невозможно за короткий промежуток времени применить эффективные профилактические мероприятия, в результате которых произойдет ощутимое оздоровление населения, проявившись в реальном снижении потребления медицинской помощи.

СМО обособленно стоят в пилотном проекте, следует заметить — привилегированно, они не несут никаких финансовых рисков и процент

на ведение дела в отличие от медицинской организации остается стабильным. Они избирательно осуществляют защиту прав застрахованных, по большей части путем взыскания личных средств граждан, затраченных на медикаменты, купленные в коммерческой сети. В то же время фондодержатель несет ответственность собственными финансовыми ресурсами за неэффективное оказание медицинской помощи и безответственное отношение граждан к собственному здоровью.

Складывается стойкое впечатление бесконтрольной экстренной госпитализации и полного отсутствия регулирования объемов. С момента ввода в фондодержание экстренной стационарной помощи ни одна из страховых компаний не отреагировала, например, путем отказа в оплате исполнителю случаев, вызывающих откровенные сомнения. Отсутствие риск-фондов для своевременной стабилизации критических ситуаций при «полном фондодержании» не дает возможности в случае перепотребления медицинской помощи обеспечить затраты организации на собственную деятельность (заработную плату и текущие расходы). Привлечение кредитных ресурсов для своевременной выплаты заработной платы коллективу невозможно из-за отсутствия в тарифе источников для оплаты процентов за пользование кредитными ресурсами (рентабельности).

Таким образом, подводя итог вышеизложенному, можно определить комплекс мер, реализация которых позволит стабилизировать ситуацию:

- необходимо увеличение подушевого норматива на 1 жителя для обеспечения прикрепленного населения стационарной помощью как минимум до уровня 293 руб. 34 коп.;

- включение частных медицинских предприятий в территориальный справочник и закрепление за организацией территории обслуживания с последующим прикреплением населения, проживающего на данной территории;

- перерасчет всех законченных случаев экстренной госпитализации, длительность пребывания которых составила 5 дней и менее, по стоимости за фактически проведенное количество

койко-дней и возврат излишне переплаченных средств на счета поликлиники;

– усиление контроля за случаями экстренной госпитализации и введение штрафных санкций за необоснованную госпитализацию;

– перевести на оплату экстренных случаев госпитализации по койко-дню, жестко отслеживать средние сроки пребывания с подробным выяснением причин как при уменьшении, так и при увеличении, с применением штрафных санкций как к фондодержателям при несвоевременном направлении на стационарное лечение (искусственное сдерживание плановой помощи), так и к исполнителям (некачественное оказание помощи);

– возложить ответственность и наложение штрафных санкций за врачебные ошибки при проведении платных операций и последующих госпитализациях по экстренной и плановой помощи на исполнителя. Обязать всех участников

лечебного процесса передавать экстренные извещения по этим случаям, например, в Фонд ОМС или Роспотребнадзор.

#### Литература

1. *Каменев А.В.* Стратегия развития частной медицины в России // Ремедиум-Урал. 2001. № 9–10. С. 27–29.
2. *Киселёв С.В., Салыхова Л.Я., Клименко В.Е.* Экономические проблемы реформирования отечественного здравоохранения // Экономика здравоохранения. 2002. № 9–10 (67). С. 8–10.
3. *Соломатина Т.В., Капилевич Л.В.* О развитии негосударственной медицины в регионах России // Здравоохранение. 2005. № 11. С. 50–53.
4. *Шейман И.М.* Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2000. № 5, 6. С. 45–48.
5. *Шилова В.М., Куликов М.П.* Актуальные вопросы планирования и финансирования здравоохранения в современных экономических условиях // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко: Материалы в науч.-практ. конф. М., 2000. С. 16–20.

Поступила в редакцию 07.11.2008 г.

Утверждена к печати 19.03.2009 г.

#### Сведения об авторах

*Г.Н. Завьялова* – директор ООО «Медсанчасть № 3» (г. Томск).

#### Для корреспонденции

*Завьялова Галина Николаевна*, тел. 8–913–827–5443, e-mail: zavyalova-galina@yandex.ru