

ПЛАНИРОВАНИЕ, МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ НАСЕЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

О.В.Обухова

Заведующая отделением экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения
ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Москва, Российская Федерация

Основная идея разработки Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи (ПГГ) – согласование обязательств государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью с финансовыми возможностями бюджета системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования. ПГГ формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, базирующихся на данных медицинской статистики. Выделены основные приоритеты структурных преобразований системы оказания медицинской помощи населению на 2013–2015 годы: оптимизация объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях; увеличение объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров и паллиативной медицинской помощи; увеличение объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме. Осуществляемая реструктуризация системы здравоохранения Российской Федерации включает: перевод медицинских организаций на новые типы (бюджетное, автономное, казенное); переход на страховые принципы оказания медицинской помощи; переход на эффективные способы оплаты медицинской помощи; включение частной медицины в реализацию ПГГ; изменения трудовых отношений с медицинскими работниками. Осуществляется переход от многоканальной схемы финансирования к одноканальной, базирующейся на системе обязательного медицинского страхования. С 2013 года внедряются наиболее эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат. Для стационаров – это оплата по клинико-статистическим группам заболеваний, для медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, – по законченному случаю лечения.

В пункте 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации провозглашается: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам **бесплатно** за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

В 1998 г. в стране впервые была утверждена Программа государственных гарантий (ПГГ) бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи. Основная идея ее разработки – согласование обязательств государства по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью с финансовыми возможностями бюджета системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования. ПГГ четко определяет источники финансирования того или иного вида медицинской помощи, а также

является основой для формирования бюджетов всех уровней в части расходов на здравоохранение и бюджетов государственных внебюджетных фондов обязательного медицинского страхования.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. №1074 утверждена **Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов**, в которой определены:

перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи;

перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно;

категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно;

средние нормативы объема медицинской помощи;

средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

средние подушевые нормативы финансирования;

порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты;

требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом **порядков** оказания медицинской помощи и на основе **стандартов** медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

В рамках Программы бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе доврачебная, врачебная и специализированная;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;

паллиативная медицинская помощь в медицинских организациях.

Указано, что первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается бесплатно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых

сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно.

Паллиативная медицинская помощь оказывается бесплатно в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи, и представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Медицинская помощь оказывается в следующих **формах**:

экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При оказании в рамках Программы первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе ско-

рой специализированной, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется **обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов** в соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», и **медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.**

Источниками финансового обеспечения Программы являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления), средства обязательного медицинского страхования.

Объем и структура (в разрезе указанных выше источников) финансирования ПГГ в 2010–2012 гг. представлены на рис. 1.

В рамках **базовой программы обязательно-го медицинского страхования** оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи в 2013 и 2014 годах) в следующих страховых случаях: инфекционные и па-

разитарные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита; новообразования; болезни эндокринной системы; расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезни нервной системы; болезни крови, кроветворных органов; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания; болезни органов пищеварения; болезни мочеполовой системы; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; врожденные аномалии (пороки развития); деформации и хромосомные нарушения; беременность, роды, послеродовой период и аборт; отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В составе территориальной программы обязательного медицинского страхования устанавливаются нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматив финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

При установлении территориальной программой обязательного медицинского страхования перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования территориальная программа обязательного медицинского страхования

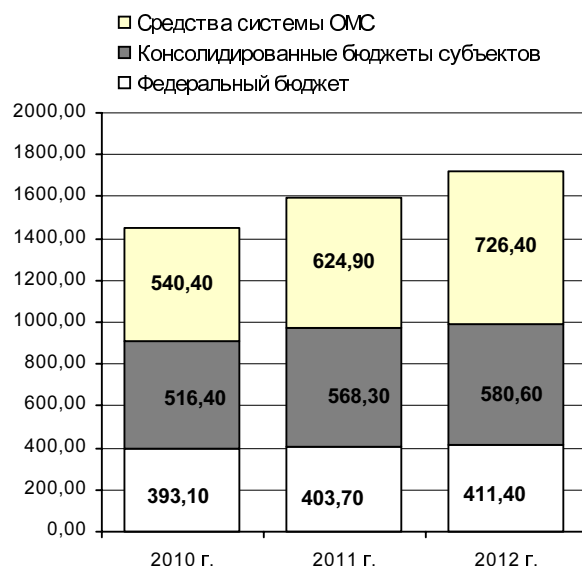


Рис. 1. Объем и структура финансирования Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (2010–2012 гг.)

должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, условия оказания медицинской помощи в таких медицинских организациях.

За счет **бюджетных ассигнований федерального бюджета** осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медикосанитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

медицинской эвакуации, осуществляемой федеральными медицинскими организациями по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации;

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медикосанитарной и специализированной медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования);

специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, за исключением медицинской помощи, осуществляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования (до 1 января 2015 г.);

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, в том числе путем предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации (до 1 января 2015 г.);

предусмотренной федеральными законами для определенных категорий граждан медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук;

дополнительных мероприятий, установленных в соответствии с законодательством Российской Федерации;

лечения граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, направленных в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации;

санаторно-курортного лечения отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации;

закупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации (в 2013 году).

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура в 2014 и 2015 годах субвенций на обеспечение лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных зло-

качественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей по перечню заболеваний, утверждаемому Правительством Российской Федерации, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей, по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации.

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение предоставления в установленном порядке бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура субвенций на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан в виде набора социальных услуг в части обеспечения необходимыми лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

При оказании в 2013 и 2014 годах медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, государственным академиям наук, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета осуществляется финансовое обеспечение медицинской помощи в объеме, превышающем объемы медицинской помощи, установленные решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

За счет средств **бюджетных ассигнований бюджетов субъектов** Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение:

скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи – в части медицинской помощи, не включенной в территориальную программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в части медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекция и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных ве-

ществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ, а также в части расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

паллиативной медицинской помощи в медицинских организациях;

высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, правила финансового обеспечения которой определяются высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации (до 1 января 2015 г.).

За счет средств бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется:

обеспечение граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, с учетом лекарственных препаратов, предусмотренных перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, утверждаемым Правительством Российской Федерации;

обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой.

За счет **средств местных бюджетов** может предоставляться предусмотренная Программой медицинская помощь в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления.

Средние нормативы объема медицинской помощи по ее видам в целом по Программе рас-

считываются в единицах объема на 1 жителя в год, по базовой программе обязательного медицинского страхования – на 1 застрахованное лицо. Средние нормативы объема медицинской помощи используются в целях планирования и финансово-экономического обоснования размера средних подушевых нормативов финансового обеспечения, предусмотренных Программой, и, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 г. №1074, составляют:

для скорой медицинской помощи вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию, на 2013 – 2015 годы – 0,318 вызова на 1 жителя;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), на 2013 год – 2,44 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,04 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,64 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 2,24 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,7 посещения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2,3 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеваниями, на 2013 год – 2,1 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования 1,9 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,15 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,95 обращения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,2 обращения на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2 обращения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в неотложной форме, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на 2013 год – 0,36 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 0,46 посещения на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,6 посещения на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в условиях дневных стационаров на 2013 год – 0,63 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,52 пациенто-дня на застрахованное лицо, 2014 год – 0,665 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой про-

граммы обязательного медицинского страхования – 0,55 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 0,71 пациенто-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 0,59 пациенто-дня на 1 застрахованное лицо;

для медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год – 2,558 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,74 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2014 год – 2,463 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,66 койко-дня на 1 застрахованное лицо, на 2015 год – 2,35 койко-дня на 1 жителя, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 1,59 койко-дня на 1 застрахованное лицо;

для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях на 2013 год – 0,077 койко-дня на 1 жителя, на 2014 год – 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2015 год – 0,112 койко-дня на 1 жителя.

Определено, что объем медицинской помощи, оказываемой не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам Российской Федерации при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу обязательного медицинского страхования), включается в средние нормативы объема амбулаторной и стационарной медицинской помощи и обеспечивается за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и местных бюджетов (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления).

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2013 год составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования – 1435,6 руб.;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов (далее – соответствующие бюджеты) – 271 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования – 266,3 руб.;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов – 771,8 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования – 772,3 руб.;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 340,9 руб.;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов – 508,3 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) – 570 руб.;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования – 106253,9 руб.;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов – 1657 руб., за счет средств обязательного медицинского страхования – 1756,2 руб.;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов – 1537,1 руб.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, на 2014 и 2015 годы составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования 1507,4 руб. на 2014 год, 1582,8 руб. на 2015 год;

на 1 посещение с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 360 руб. на 2014 год, 448,9 руб. на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 318,4 руб. на 2014 год, 348,4 руб. на 2015 год;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств соответствующих бюджетов 1044 руб. на 2014 год,

1256,9 руб. на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 923,4 руб. на 2014 год, 1010,3 руб. на 2015 год;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования 407,6 руб. на 2014 год, 445,9 руб. на 2015 год;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневных стационаров за счет средств соответствующих бюджетов 559,4 руб. на 2014 год, 610,5 руб. на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования (без учета применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения)) 590 руб. на 2014 год, 620 руб. на 2015 год;

на 1 случай применения вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) за счет средств обязательного медицинского страхования 113109 руб. на 2014 год, 119964,1 руб. на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств соответствующих бюджетов 1714,8 руб. на 2014 год, 2231,1 руб. на 2015 год, за счет средств обязательного медицинского страхования 2034,2 руб. на 2014 год, 2428,8 руб. на 2015 год;

на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода), за счет средств соответствующих бюджетов 1654,3 руб. на 2014 год, 2137 руб. на 2015 год.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

в 2013 году – 9032,5 руб., в 2014 году – 10294,4 руб., в 2015 году – 12096,7 руб., в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году – 5942,5 руб., в 2014 году – 6962,5 руб., в 2015 году – 8481,5 руб.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие **способы оплаты медицинской помощи**:

при оплате медицинской помощи, оказанной **в амбулаторных условиях**:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

при оплате медицинской помощи, оказанной **в стационарных условиях:**

за законченный случай лечения заболевания;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной **в условиях дневного стационара**, – за законченный случай лечения заболевания;

при оплате **скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации** (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

за вызов скорой медицинской помощи;

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Выступая 30 июля 2013 года на заседании президиума Государственного совета «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи», Министр здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцова отметила, что «...финансовая эффективность системы здравоохранения определяется и способами оплаты медицинской помощи ...до 2012 года использовались преимущественно способы оплаты по валовым показателям – по койко-дню и посещению ...с 2013 года внедряются наиболее эффективные способы оплаты, ориентированные на результат: для стационаров это оплата по клинко-статистическим группам заболеваний, для амбулаторных условий – по законченному случаю лечения».

Программой определены следующие **критерии доступности и качества медицинской помощи:**

удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов от числа опрошенных);

смертность населения (число умерших на 1000 человек населения);

смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных (число умерших от новообразований, в том числе от злокачественных, на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от дорожно-транспортных происшествий (число умерших от дорожно-транспортных происшествий на 100 тыс. человек населения);

смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения);

смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);

смертность населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения (число умерших от болезней системы кровообращения в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);

материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);

младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми);

смертность детей в возрасте 0–14 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста);

удельный вес больных злокачественными новообразованиями, выявленных на ранних стадиях, в общем количестве впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями;

количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;

количество медицинских организаций, осуществляющих автоматизированную запись на прием к врачу с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и информационно-справочных сенсорных терминалов;

обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

средняя длительность лечения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

эффективность деятельности медицинских организаций на основе оценки выполнения функции врачебной должности, показателей рационального и целевого использования коечного фонда;

полнота охвата патронажем детей первого года жизни;

полнота охвата профилактическими осмотрами детей;

удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

удельный вес детей с улучшением состояния здоровья в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

объем медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (число пациентодней на 1 жителя, на 1 застрахованное лицо);

уровень госпитализации населения, прикрепившегося к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (на 1000 человек населения);

удельный вес госпитализаций в экстренной форме в общем объеме госпитализаций населения, прикрепленного к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь;

количество вызовов скорой медицинской помощи в расчете на 1 жителя, число лиц, которым оказана скорая медицинская помощь;

доля лиц, которым скорая медицинская помощь оказана в течение 20 минут после вызова, в общем числе лиц, которым оказана скорая медицинская помощь.

Территориальной программой устанавливаются целевые значения критериев доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка их уровня и динамики.

Критериями доступности медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями за счет средств федерального бюджета, являются:

удельный вес объема специализированной медицинской помощи (в условиях стационара и дневного стационара), оказанной жителям, проживающим в других субъектах Российской Федерации, в объеме указанной помощи, оказанной жителям субъекта Российской Федерации, в котором расположена федеральная медицинская организация;

доля расходов, осуществляемых за счет предоставления платных услуг, в структуре всех расходов на медицинскую помощь, оказываемую в федеральных медицинских организациях.

Таким образом, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 и на плановый период 2014 и 2015 годов установлены **основные при-**

оритеты структурных преобразований системы оказания медицинской помощи населению на 2013–2015 годы: оптимизация объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, увеличение объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров и паллиативной медицинской помощи, а также медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме.

Осуществляемая реструктуризация системы здравоохранения Российской Федерации включает: перевод медицинских организаций на новые типы (бюджетное, автономное, казенное); переход на страховые принципы оказания медицинской помощи; переход на эффективные способы оплаты медицинской помощи; включение частной медицины в реализацию ПГГ; изменения трудовых отношений с медицинскими работниками.

Планирование изменений в сфере здравоохранения осуществляется на основе государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. №2511-р, программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. №1074, а также Плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения» (Федеральная «дорожная карта»), утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. №2599-р.

На рис. 2–5 представлены данные по показателям структурных преобразований системы оказания медицинской помощи в соответствии с указанными выше основными приоритетными направлениями.

В Методических рекомендациях по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации», утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 г. №1706, определено, что структурные преобразования региональной системы здравоохранения осуществляются на основе сформированной в субъекте Российской Федерации трехуровневой системы оказания медицинской помощи, включающей в себя:

1 уровень, обеспечивающий население первичной медико-санитарной помощью, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощью;

2 уровень – межмуниципальный, для оказания специализированной медицинской помощи, преимущественно в экстренной и неотложной форме;

3 уровень – региональный, для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Структурные преобразования системы оказания первичной медико-санитарной помощи в субъекте Российской Федерации включают следующие мероприятия:

создание межмуниципальных консультативно-диагностических центров первичной специализированной медицинской помощи;

формирование потоков пациентов по единым принципам маршрутизации;

создание системы оказания медицинской помощи сельскому населению, предусматривающей развитие профилактического направления, включая проведение диспансеризации и медицинских осмотров;

развитие новых форм оказания медицинской помощи: стационарозамещающих и выездных методов работы;

создание в структуре медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, подразделений неотложной медицинской помощи, работающих во взаимодействии с единой диспетчерской службой скорой медицинской помощи;

совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

В целях повышения эффективности своевременного выявления факторов риска заболеваний и организации их коррекции, а также ранней диагностики заболеваний, которые в наибольшей степени определяют инвалидизацию и смертность населения Российской Федерации, помимо структурных изменений в первичном звене целесообразно совершенствование системы диспансеризации населения и развитие патронажной службы для проведения активных посещений к хроническим больным на дому.

Развитие первичной медико-санитарной помощи сельскому населению должно быть направлено на сохранение и развитие фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, развитие офисов общей врачебной практики, расширение выездной работы в составе врачебных бригад, в том числе и для проведения профилактической работы, реорганизацию участковых больниц во врачебные амбулатории с организацией службы общей врачебной практики и дневных стационаров.

В рамках структурных преобразований системы оказания специализированной помощи в субъекте Российской Федерации выделены следующие мероприятия:

на основе стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания развитие этапной системы оказания специализированной медицинской помощи, с маршрутизацией направления пациентов в медицинские организации трехуровневой системы оказания медицинской помощи;

создание в медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, службы маршрутизации, ответственной за организацию долечения и реабилитации выписывающихся больных, а также внедрение новых медицинских технологий;

обеспечение преемственности в ведении больного на всех этапах, что значительно повысит качество медицинской помощи населению;

оптимизация структуры отрасли путем объ-

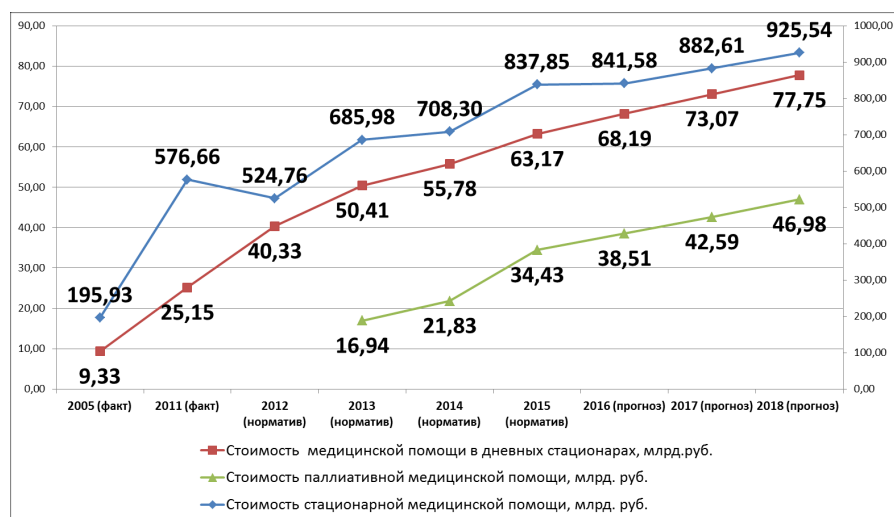


Рис. 2. Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи: стоимость медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и стоимость паллиативной медицинской помощи (2005, 2011–2018 гг.)

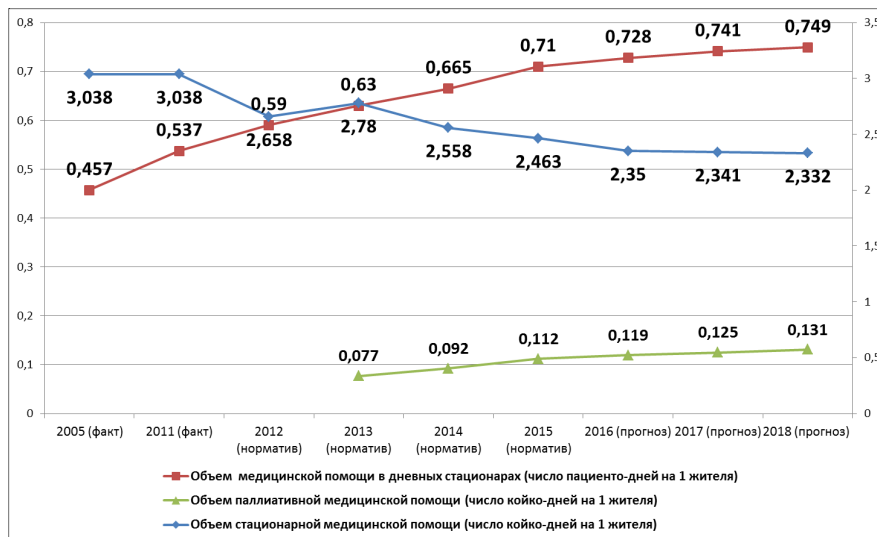


Рис. 3. Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи: объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и объем паллиативной медицинской помощи (2005, 2011–2018 гг.)

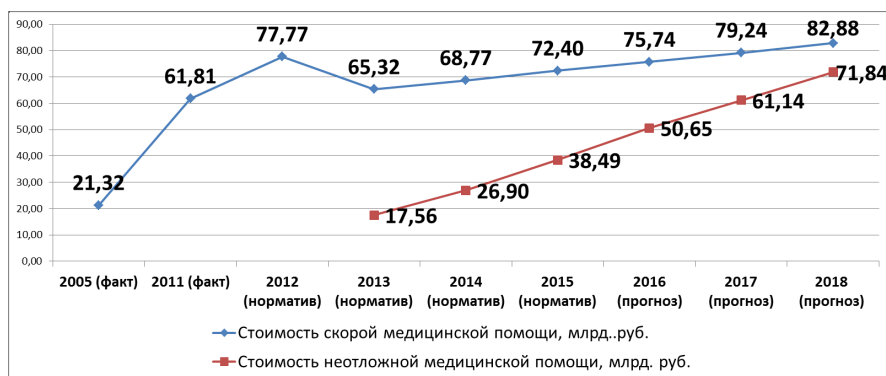


Рис. 4. Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи: стоимость скорой медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме (2005, 2011–2018 гг.)

единения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров,

обеспечение доступности для населения современных эффективных медицинских технологий, что позволит оказывать большую часть объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

оптимизация оказания медицинской помощи в стационарных условиях на основе оптимизации структуры коечного фонда медицинских организаций и интенсификации занятости койки с учетом ее профиля, а также развития стационарозамещающих технологий;

развитие системы оказания медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи.

В рамках структурных преобразований системы оказания медицинской помощи матерям и детям предусматривается:

совершенствование службы родовспоможения путем формирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров и маршрутизации беременных;

развитие многопрофильных и специализированных педиатрических стационаров, с учетом региональных потребностей в конкретных видах медицинской помощи;

развитие организационных технологий, предусматривающих четкую маршрутизацию больных детей в тесной привязке к действующей сети медицинских организаций с учетом региональных особенностей заболеваемости и смертности детского населения.

Структурные преобразования системы оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи предусматривают создание единой диспетчерской службы скорой медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, увеличение числа станций (отделений) скорой медицинской помощи, оснащенных автоматизированной системой управления приема и обработки вызовов и использование системы Глонасс.

Статистическим инструментом мониторинга ПГГ является Форма №62 «Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению», утвержденная приказом Минздрава Российской Федерации и Федерального фонда ОМС от 13 ноября 2003 г. №542/58.

В форме 62 используются следующие категории системы счетов здравоохранения (ССЗ):

- источники финансирования;
- распорядители финансовых средств;
- поставщики медицинских услуг;
- факторы производства медицинских услуг;

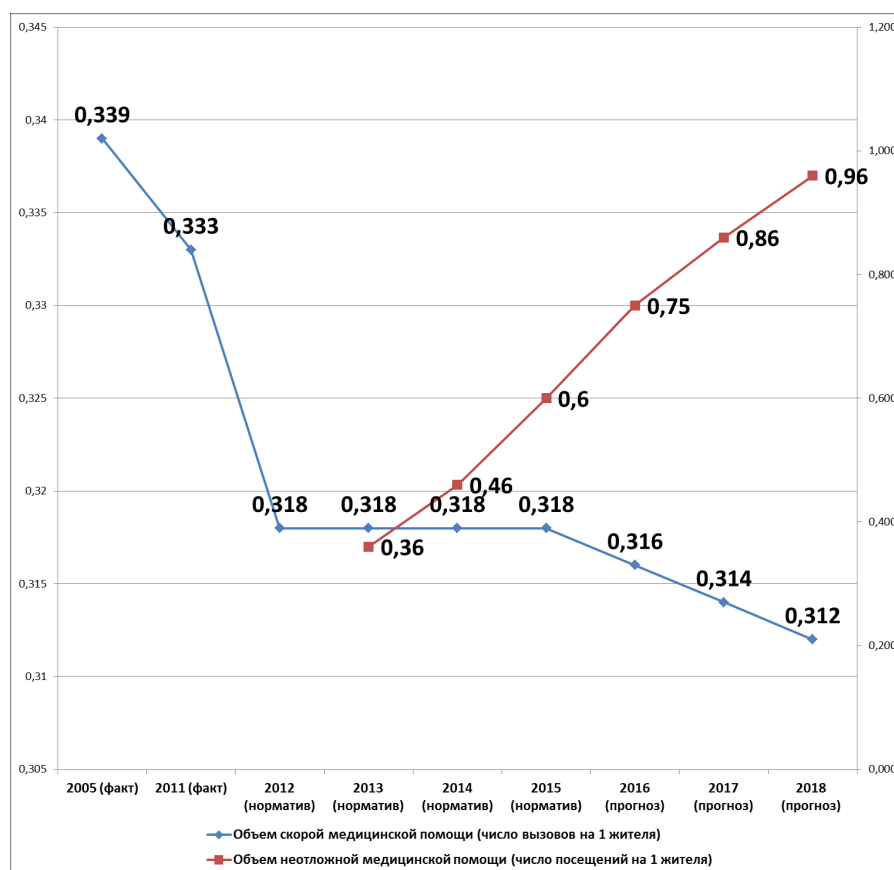


Рис. 5. Показатели структурных преобразований системы оказания медицинской помощи: объем скорой медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме (2005, 2011–2018 гг.)

медицинские услуги.

Данная статистическая форма позволяет решать следующие задачи:

1. *Федеральный, межнациональный компонент:*

оценка реализации Программы государственных гарантий на федеральном уровне и уровне субъекта;

база данных для комплексной оценки эффективности системы здравоохранения субъектов Российской Федерации;

статистическая база данных для Системы счетов здравоохранения – межнациональный инструмент оценки расходов на здравоохранение;

статистическая база данных для Системы региональных счетов здравоохранения;

статистическая база данных для Оценки национальных расходов на мероприятия по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации (согласно обязательствам России перед ССГА ООН по ВИЧ/СПИД).

2. *Федеральный, региональный компонент.* Территориальные показатели ПГГ используются:

Указу Президента Российской Федерации от 28.06.2007 г. №825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

3. *Региональный, внутриорганизационный компонент.* Территориальные показатели ПГГ используются:

при осуществлении планирования и оценки эффективности управления ресурсами как отдельного медицинского учреждения, так и системы здравоохранения отдельной территориальной единицы;

при проведении сравнительной оценки деятельности конкретной программы по отношению к функционированию сектора здравоохранения субъекта Российской Федерации;

в целях оценки последствий текущего и прогнозного реформирования здравоохранения.

В проекте новой формы 62 предусмотрено представление информации в соответствии со следующими разделами:

Раздел I. Юридические лица, оказывающие медицинскую помощь населению.

при оценке выполнения ТПГГ и ТПОМС на соответствие фактических нормативов субъектов Российской Федерации федеральным нормативам: по объемам помощи по видам; по стоимости единицы помощи; по подушевым нормативам;

при расчете финансового исполнения ТПГГ и ТПОМС (дефицит/профицит);

при оценке сбалансированности видов и условий предоставления медицинской помощи, видов медицинской помощи и финансовых ресурсов;

для расчета показателей оценки эффективности работы в части системы здравоохранения глав муниципальных образований, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, согласно

Раздел II. Формирование и выполнение территориальной программы государственных гарантий.

Раздел III. Фактические объемы и финансирование амбулаторной медицинской помощи.

Раздел IV. Объемы оказания медицинской помощи федеральными медицинскими организациями.

Раздел V. Фактические объемы оказания и финансирования бесплатной медицинской помощи.

Раздел VI. Расчетные и фактические показатели объема и финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по профилям медицинской деятельности и КСГ.

Раздел VII. Платные медицинские услуги.

Раздел VIII. Расходы финансовых средств из различных источников финансирования (рублей).

Раздел IX. Финансирование лекарственного обеспечения.

Раздел X. Кадровое обеспечение системы здравоохранения субъекта Российской Федерации.

Раздел XI. Показатели оценки эффективности оказания медицинской помощи.

В заключение следует отметить, что, выступая 30 июля 2013 года на заседании президиума Государственного совета «О задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи», Президент Российской Федерации заявил: «... в территориальных программах госгарантий должен быть четкий перечень бесплатных услуг, а также понятные каждому пациенту правила их предоставления. Неразбериха в этих вопросах ведет к коррупции и поборам, заставляет людей оплачивать услуги, которые по Конституции и по закону являются бесплатными. В итоге подрывается доверие граждан и к системе здравоохранения, да и к власти в целом. Нужно исключить саму возможность замещения бесплатной помощи платной. Сейчас таких случаев немало. Более 70 процентов обращений за платными услугами происходит из-за того, что люди практически ничего не знают ни о программе госгарантий, ни об условиях предоставления бесплатной медицинской помощи. Необходимо обеспечить доступ граждан к этой информации, изложить ее ясно, без всяких двойных толкований, чтобы все было прозрачно...».

PLANNING, MONITORING AND EVALUATION OF STATE GUARANTEES FOR FREE MEDICAL CARE PROVISION TO THE POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION

O.V.Obukhova

Head of the Department of Economics and Health Resource Assurance

FSBI "Central Research Institute for Health Care Organization and Informatization", Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

The main idea to elaborate the Programme of State Guarantees (PSG) on the provision of free medical care to the citizens of the Russian Federation is to reconcile the State's liabilities as regards free medical care provision to the citizens with financial capacities of health care budget and the system of compulsory health insurance. PSG is based on procedures of the medical care provision and standards of medical care, taking into account sex-age specific composition of the population, the level and structure of morbidity in the Russian Federation, resting on medical statistics. The following basic priorities of structural transformations in the system of medical care provision to the population have been determined for 2013–2015: optimization of the volume of inpatient medical care, increase of the volume of palliative care and medical care in the day patient facility, increase of the volume of outpatient emergency medical care. The health care system restructuring of the Russian Federation includes: shift of health care institutions to new types of financing (budget, independent, state-owned); transition to insurance principles of medical care provision and effective ways to pay for medical care; inclusion of private medicine in the PSG realization; changes in labor relations with health professionals. Transition from a multichannel to a single-channel financing scheme, based on the system of compulsory health insurance is under way. Since 2013, the most effective result-oriented ways to pay for health care have been introduced. As regards hospitals the payment is done according to clinical and statistical groups of diseases, and as regards outpatient medical institutions it is done when the treatment is completed.