

КОНЦЕПЦИЯ ВНЕДРЕНИЯ ОПЛАТЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ПОДУШЕВОМУ ТАРИФУ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Н.М.Исатаева

Заместитель Генерального директора Республиканского государственного предприятия на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр развития здравоохранения»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан,
г. Астана, Республика Казахстан

С 1 января 2014 г. в Республике Казахстан начинается реализация Концепции внедрения оплаты первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) по комплексному подушевому тарифу до 2015 года, содержащей принципы, фундаментальные основы и приоритеты внедрения и совершенствования оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (АПП) по единому нормативу. Представлены цели и задачи реализации Концепции. План мероприятий предусматривает четырехэтапную реализацию Концепции: первый этап – консолидация расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на уровне республиканского бюджета и переход на финансирование ПМСП по комплексному подушевому нормативу (КПН) в расчете на 1 жителя с применением механизма выравнивания; второй этап – мероприятия по стандартизации услуг в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) на уровне ПМСП и консультативно-диагностической помощи (КДП); третий этап – реализация механизма оплаты по КПН за оказание АПП; четвертый этап – формирование объема финансирования первичной медико-санитарной помощи на основе учета населения и свободного выбора организации ПМСП. Определены показатели оценки результатов реализации Концепции.

В 2012 г. в послании Президента Республики Казахстан – Лидера Нации Н.А.Назарбаева народу Казахстана «Стратегия «Казахстан 2050» – новый политический курс состоявшегося государства», среди множества поставленных задач, в плане оказания медицинской помощи отмечалось: «... Обеспечить предоставление качественных и доступных медицинских услуг. ... Обеспечить диагностирование и лечение максимально широкого спектра болезней. ... Профилактическая медицина должна стать основным инструментом в предупреждении заболеваний. Необходимо сделать больший упор на информационно-разъяснительной работе с населением страны. ... Внедрять услуги «смарт-медицины», дистанционной профилактики и лечения, «электронной медицины». ... Мы должны проработать вопрос введения новых подходов к обеспечению здоровья наших детей. Полагаю необходимым охватить всех детей в возрасте до 16 лет всем спектром медицинского обслуживания. ... Необходимо внедрять современные инструменты менеджмента и принципы корпоративного управления в государственном секторе. ... Отношение к бюджетно-финансовому процессу должно стать таким же бережным и продуманным, как к частным вложениям. ... Ни один бюджетный тенге не должен быть потрачен впустую».

Согласно законодательству, гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) предоставляется гражданам Республики Казахстан и оралманам (этническим репатриантам) за счет бюджетных средств и включает профилактические, диагностические и лечебные медицинские услуги, обладающие наибольшей доказанной эффективностью, в соответствии с перечнем, утверждаемым Правительством Республики Казахстан. В него входят:

- 1) скорая медицинская помощь и санитарная авиация;
- 2) амбулаторно-поликлиническая помощь (АПП), включающая:
 - первичную медико-санитарную помощь (ПМСП);
 - консультативно-диагностическую помощь (КДП) по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи и профильных специалистов;
- 3) стационарная медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации в рамках планируемого количества случаев госпитализации (предельных объемов), определяемых уполномоченным органом, по экстренным показаниям – вне зависимости от наличия направления;

4) стационароразмещающая медицинская помощь по направлению специалиста первичной медико-санитарной помощи или медицинской организации;

5) восстановительное лечение и медицинская реабилитация;

6) паллиативная помощь и сестринский уход для категорий населения, установленных Правительством Республики Казахстан.

Обеспечение лекарственными средствами для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи осуществляется:

1) при оказании скорой, стационарной и стационароразмещающей помощи – в соответствии с утвержденными медицинскими организациями и согласованными в установленном порядке с уполномоченным органом лекарственными формулами;

2) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи – в соответствии с утверждаемым уполномоченным органом перечнем лекарственных средств и специализированных лечебных продуктов для бесплатного и (или) льготного обеспечения отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями).

С 2010 года в Казахстане начато внедрение Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ), что позволило приступить к модернизации здравоохранения на стационарном уровне. Дальнейшее совершенствование ЕНСЗ невозможно без развития социально ориентированной системы первичной медико-санитарной помощи. Существующая система управления и финансирования первичного звена здравоохранения в некоторой степени стимулирует повышение качества медицинских услуг и способствует снижению экономических затрат, но, несмотря на имеющуюся положительную динамику показателей, нуждается в совершенствовании.

В настоящее время Министерством здравоохранения Республики Казахстан во исполнение поручения Президента страны разрабатываются предложения по повышению эффективности системы здравоохранения с акцентом на приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи через совершенствование финансирования ПМСП, в частности, разработаны Концепция внедрения оплаты первичной медико-санитарной помощи по комплексному подушевому тарифу до 2015 года, содержащая принципы, фундаментальные основы и приоритеты внедрения и совершенствования оплаты амбулаторно-поликлинической помощи по единому нормативу, и план работ по ее реализации.

При определении подходов к использованию комплексного подушевого норматива (КПН) был использован опыт других стран, который позволил выделить как *преимущества* (медицинские работники заинтересованы в улучшении здоровья прикрепленного населения; расходы заранее ограничены; звено ПМСП заинтересовано в рациональном расходовании средств на всех этапах оказания медицинской помощи), так и *недостатки* (возникают попытки необоснованного сокращения объема услуг; требуется сбор дополнительной статистической информации и наличие компьютерной сети; без отлаженного механизма стимулирования у медицинских работников могут отсутствовать стимулы к напряженному труду) применения КПН. Все это было учтено при определении мероприятий для реализации Концепции.

Цель и задачи реализации Концепции представлены на рис. 1.

Предусмотрено четыре этапа реализации Концепции.

На первом этапе с 2014 года с целью ликвидации неравенства в обеспечении гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи и справедливого распределения услуг населению на амбулаторном уровне будут осуществлены:

1) консолидация расходов на амбулаторно-поликлиническую помощь на уровне республиканского бюджета;

2) переход на финансирование ПМСП по комплексному подушевому нормативу в расчете на 1 жителя с применением механизма выравнивания.

В целом, базовыми принципами финансирования ПМСП определены:

1) единый подушевой норматив (без учета поправочных коэффициентов);

2) свободное прикрепление населения;

3) комплексное предоставление услуг (ПМСП и КДП);

4) оплата по конечному результату деятельности медицинской организации;

5) прозрачность финансовых потоков между ПМСП и КДП через информационные системы ЕНСЗ.

Следует отметить, что общие расходы на амбулаторно-поликлиническую помощь по итогам 2012 года на местном уровне составили 120 миллиардов тенге (более 784 миллионов долларов США). В целях устранения сложившегося дисбаланса подушевого финансирования ПМСП дополнительно будет выделено порядка 62 миллиардов тенге (405 миллионов долларов), а общая потребность расходов на АПП, по прогнозам, составит 182 миллиарда тенге (более 1 миллиарда долларов).



Рис. 1. Цель и задачи реализации Концепции

Министерством здравоохранения Республики Казахстан проработан механизм единого подхода в формировании КПН для организаций ПМСП, имеющих прикрепленное население.

КПН состоит из постоянной гарантированной и непостоянной стимулирующей части.

Гарантированные расходы предполагают реализацию функций ПМСП (65% гарантированной части КПН: прием врача (участковые и ВОП), посещение врачом на дому, услуги доврачебного кабинета, услуги медицинских сестер, посещение медсестрой на дому, услуги социального работника и психолога, услуги по профилактике и пропаганде здорового образа жизни (ЗОЖ), неотложная медицинская помощь, клинические исследования, иммунопрофилактика, манипуляции, иммобилизация) и КДП (35% гарантированной части КПН: прием узкого специалиста, услуги медицинских сестер, биохимические исследования, рентгенологические исследования, УЗИ, ЭКГ, ФГДС, дорогостоящие виды исследований для социально уязвимых групп населения). Соответственно, методика формирования КПН заключается в объединении финансовых средств, предусмотренных на подушевой норматив (ПМСП) и тариф за услугу (КДП).

В КПН дополнительно входит стимулирующий компонент (СКПН), который уже выплачивается с 2011 года специалистам ПМСП только при достижении определенных результатов в плане управляемых на первичном уровне показателей работы – индикаторов качества оказания АПП (материнская смертность; детская смертность от острой кишечной инфекции, острой респираторной инфекции; злокачественные новообразования визуальной локализации; туберкулез; госпитализация с осложнением болезней системы кровообращения; жалобы).

Базовый КПН определяется в зависимости от количества прикрепленного населения и, без учета поправочных коэффициентов, является единым по всей стране (574 тенге, или 3,8 долл.). Однако, каждый регион имеет свои особенности: есть территории, где экологическая и медико-эпидемиологическая ситуация намного хуже, чем в других местах, очень высок удельный вес пожилых и детей, население проживает в небольших населенных пунктах, далеко расположенных друг от друга, а транспортная сеть плохо развита. Поэтому окончательный КПН для каждого региона рассчитывается с учетом территориальных особенностей, то есть корректируется с помощью поправоч-

ных коэффициентов (половозрастной; коэффициент плотности населения; коэффициент учета надбавок за работу в сельской местности; коэффициент учета продолжительности отопительного сезона; сумма надбавки за работу в зонах экологического бедствия).

При этом, в КПН сохраняется объем бюджетных средств из республиканского бюджета в виде ЦТТ на скрининговые исследования, а также дополнительно включаются расходы на обучение и на лизинг для приобретения основных средств стоимостью до 5 миллионов тенге (32679 долл.).

По предварительным данным, комплексный подушевой норматив в расчете на 1 жителя составит не менее 896 тенге (5,9 долл.).

На втором этапе (рис. 2) для обеспечения качественного формирования КПН предусмотрены мероприятия по стандартизации услуг в рамках ГОБМП на уровне ПМСП и КДП, а именно: определение перечня услуг ГОБМП на уровне ПМСП и КДП для включения в КПН; определение перечня дорогостоящих и уникальных услуг (их доля в общем объеме бюджета АПП составляет около 10%), которые предлагается не включать в КПН (ПЭТ, КТ, МРТ, ПЦР, ИГХ, медико-генетические исследования и т.д.); разработка и утверждение Единого тарификатора медицинских услуг.

Следует отметить, что одним из главных условий при формировании КПН является наличие Единого тарификатора медицинских услуг, в котором по каждому виду услуг определены весовые значения затратоемкости. Это позволит, в дальнейшем, обеспечить при расчетах между ПМСП и КДП применение единых тарифов на консультативно-диагностические услуги (КДУ) по всей стране.

Вместе с тем, в процессе расчетов между ПМСП и КДП возникают риски (со стороны специалистов ПМСП – необоснованное сдерживание направлений на консультации и допол-

нительные диагностические исследования, со стороны специалистов, оказывающих КДП – навязывание пациентам КДУ), поэтому разрабатываются мероприятия по их минимизации.

На третьем этапе предусмотрена реализация механизма оплаты по КПН за оказание амбулаторной помощи. Из общего бюджета АПП предложено выделять 90% объема финансовых средств для оплаты по КПН и 10% – для оплаты дорогостоящих исследований (рис. 3).

Финансирование по КПН предназначено для самостоятельных организаций ПМСП и смешанных поликлиник при наличии прикрепленного населения и реализации соответствующих функций.

При этом, разработчики предлагают расчеты между организациями, оказывающими ПМСП и КДП, по заключенным договорам проводить централизованно через Единого плательщика. Кроме того, для организаций, оказывающих только консультативно-диагностическую помощь, оплата которой осуществляется по тарифу за услугу,



Цифры прогнозные

Рис. 2. Формирование комплексного подушевого норматива

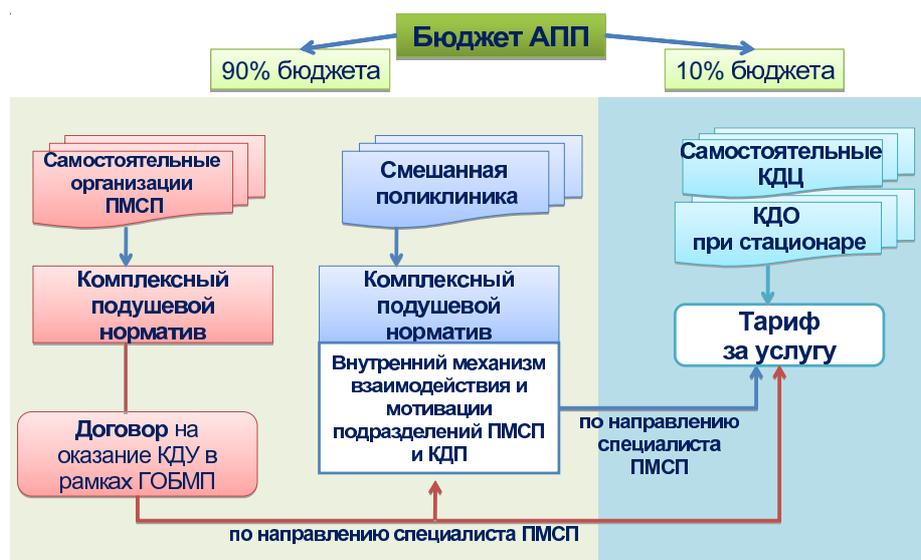


Рис. 3. Механизм оплаты по комплексному подушевому нормативу за оказание амбулаторно-поликлинической помощи

предусматривается авансирование за счет предполагаемых доходов из средств КПН.

С целью обеспечения прозрачности финансовых потоков и прослеживания маршрута пациента от ПМСП до КДП должна быть разработана информационная система на порталном решении по персонализированному учету КДУ, оказанных по направлению специалистов ПМСП.

Ключевым для определения объема финансирования ПМСП является *четвертый этап*, на котором предполагается осуществление достоверного учета численности населения и реализация населением свободного выбора организации ПМСП (рис. 4).

Так как бюджет организаций, оказывающих ПМСП, зависит от численности прикрепленного населения, необходимо обеспечить его достоверный и качественный учет. Следует отметить, что в настоящее время планирование бюджета на оказание ПМСП осуществляется исключительно из расчета численности населения по данным Агентства Республики Казахстан по статистике. Это происходит в связи с тем, что, по требованию Министерства экономики и бюджетного планирования Республики Казахстан, в расчет должны браться только официальные сведения. При этом, каждый житель страны прикреплен к конкретной медицинской организации и зарегистрирован в портале информационной системы «Регистр прикрепленного населения» (ИС «РПН»), а расхождение в данных о численности населения Агентства статистики (16,6 млн чел.) и ИС «РПН» (16,9 млн чел.) составляет почти 300,0 тыс. чел., что связано, во многом, с тем, что последняя по времени перепись населения была проведена в 2009 г., после чего изменение численности рассчитывалось Агентством статистики с учетом естественного прироста и миграции (при этом внутренняя миграция между регионами не

учитывается, так как считается, что она носит относительный характер).

Вовлечение населения в процесс повышения качества медицинских услуг и в управление организацией медицинской помощи возможно только через механизм свободного выбора, когда пациенты выбирают лучшую организацию, отвечающую их потребностям и предпочтениям. Данный механизм влияет на формирование конкуренции среди поставщиков услуг ПМСП и привлечение новых, включая частных, поставщиков.

Министерством здравоохранения Республики Казахстан были разработаны правила свободного выбора, и с 15 сентября по 15 ноября 2013 года проводится Национальная кампания свободного выбора врача и организации ПМСП, которая, как предполагается, в последующем также будет проводиться 1 раз в год. Прикрепление граждан осуществляется на портале Регистра прикрепленного населения в зависимости от места фактического проживания без требования наличия прописки, т.е. каждый житель страны должен быть прикреплен к конкретной организации и зарегистрирован в портале ИС «РПН».

Мы считаем, что все указанные выше мероприятия и переход на финансирование ПМСП по комплексному подшему нормативу будут способствовать формированию эффективной системы оказания медицинской помощи на амбулаторном уровне. Приоритетное развитие социально ориентированной ПМСП будет обеспечено путем достижения следующих результатов:

- повышение удовлетворенности населения (свободный выбор врача и организации ПМСП);
- улучшение показателей здоровья;
- рациональное снижение потребления консультативно-диагностической помощи и стационарной помощи;
- оптимизация сети организации ПМСП и развитие семейной медицины;
- равный тариф для поставщиков услуг ГОБМП независимо от форм собственности;
- наполнение тарифа (включение расходов на приобретение основных средств и обучение кадров до 5 млн тенге);
- развитие конкурентной среды и повышение числа самостоятельных организаций ПМСП.

Для создания равных условий поставщиков медицинских услуг в рамках ГОБМП проводится аккредитация медицинских организаций независимо от формы собственности.

На момент начала нынешней кампании по аккредитации в 2013 г. из 464 амбулаторно-поликлинических организаций 55% (253) имели аккредитацию.



Рис. 4. Формирование объема финансирования первичной медико-санитарной помощи на основе учета населения и свободного выбора организации ПМСП

тацию (при этом, 85% (214) из них – это государственные, а 15% (39) – частные организации). Кроме того, из 24 самостоятельных клиничко-диагностических центров половина (12) была аккредитована (67% (8) – государственные и 33% (4) – частные организации).

Стандарты аккредитации для медицинских организаций, оказывающих стационарную, амбулаторно-поликлиническую и скорую медицинскую помощь, приведенные в соответствие международным требованиям по безопасности и качеству, утверждены приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 г. №676.

При аккредитации медицинской организации определяется соответствие стандартам и установленным требованиям, предъявляемым в зависимости от того, какие услуги оказывает медицинская организация (рис. 5). Так, при аккредитации организации ПМСП, помимо общих требований, предъявляемых ко всем организациям, будет оцениваться соблюдение медицинской организацией Правил оказания ПМСП, Правил прикрепления граждан к организациям ПМСП, Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, Перечня заболеваний, против которых проводят-

ся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам, и т.д.

Аккредитация в медицинских организациях проводится независимо от форм собственности и носит добровольный характер. Вместе с тем, при размещении государственного заказа аккредитованным медицинским организациям отдается предпочтение.

Частные организации, желающие пройти аккредитацию, имели право на подготовительные мероприятия, проводимые Аккредитующим органом.

Подготовительные мероприятия включают:

- обучение специалистов медицинской организации стандартам аккредитации, принципам самооценки;
- проведение самооценки;
- экспертизу результатов самооценки с выездом эксперта и указанием несоответствий в случае их выявления, а также предоставлением рекомендаций для устранения несоответствий.

При положительном заключении экспертизы самооценки, осуществляется внешняя комплексная оценка медицинской организации, по результатам которой выдается свидетельство об аккредитации.



Рис. 5. Требования, предъявляемые при аккредитации медицинской организации

Реализация проекта по внедрению КПН на амбулаторном уровне начнется с 1 января 2014 года. Как указано выше, внедрение КПН преследует определенные цели, и полученные реальные результаты будут оцениваться по конкретным показателям. Это:

- увеличение числа работников ПМСП (в том числе семейных врачей, медицинских сестер, социальных работников и психологов);
- увеличение доступности услуг на уровне ПМСП;
- снижение необоснованного потребления КДУ;
- повышение эффективности профилактики путем оценки индикаторов качества оказания ПМСП (снижение материнской смертности; снижение детской смертности; повышение раннего выявления злокачественных новообразований; своевременность диагностирования больных с туберкулезом легких; снижение госпитализации больных с осложнением болезней системы кровообращения);
- повышение удовлетворенности населения (снижение жалоб на организации ПМСП и КДП);
- повышение мотивации медицинских работников ПМСП (увеличение суммы стимулирующего компонента подушевого норматива в 2 раза).

Мы уверены, что наши ожидания и предположения оправдаются, и в Республике Казахстан, в рамках совершенствования Единой национальной системы здравоохранения, будет реализована социально ориентированная модель первичной медико-санитарной помощи на базе ее финансирования по комплексному подушевому нормативу.

CONCEPT ON INTRODUCING PAYMENT FOR PRIMARY HEALTH CARE ACCORDING TO INTEGRATED CAPITATION RATE IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

N.M.Isataeva

Deputy Director General of the Republican State Enterprise “Republican Center for Health Development “ of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan, Astana, Republic of Kazakhstan

Since January 1, 2014 the realization of the Concept on introducing payment for primary health care (PHC) according to the integrated capitation rate to 2015, containing principles, fundamentals and priorities in the introduction and improving payment for outpatient care (OPC) according to a single tariff has been launched in the Republic of Kazakhstan. Aims and objectives of this Concept have been presented in this paper. The action plan provides for a four-phase implementation of the Concept: the first stage is the consolidation of costs on outpatient medical care at the level of the national budget and the transition to financing of PHC according to the integrated capitation rate (ICR) per 1 inhabitant using leveling mechanism; the second stage includes activities of standardization services within the framework of the guaranteed volume of free medical care (GVFMC) at the level of PHC and consulting-diagnostic care (CDC), the third stage includes the realization of the mechanism of payment according to ICR for the provision of OPC, the fourth stage is the formation of PHC funding based on population registration and free choice of the primary health care institution. Indicators for progress assessment of the Concept realization have been identified.