

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н.Ельцина»

Институт Высшая Школа Экономики и Менеджмента

Кафедра Финансов, денежного обращения и кредита

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ ПЕРЕД ГАК

Зав. кафедрой ФДОК

Е. Г. Князева

« _____ » _____ 2017 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Научный руководитель: Князева Елена Геннадьевна

д.э.н., профессор

Нормоконтролер: Лачихина Анастасия Геннадьевна

старший преподаватель

Студент группы ЭММ-252004

Головина Елена Ивановна

Екатеринбург

2017

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1 Теоретические основы и дискуссионные позиции механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования	8
1.1 Экономическое и финансовое содержание механизма стимулирования.....	8
1.2 Законодательно-нормативное обоснование экономического механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования	14
1.3 Зарубежный опыт стимулирования медицинских организаций	22
2 Обобщение практического опыта действия механизма стимулирования (на примере функционирования ТФОМС Пермского края)	30
2.1 Функционирование обязательного медицинского страхования Пермского края	30
2.2 Механизм стимулирования медицинских организаций-фондодержателей	48
3 Направления совершенствования механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.....	62
3.1 Новая методика расчета показателей результативности деятельности медицинских организаций-фондодержателей	62
Заключение	76
Список использованной литературы.....	80
Приложения	87

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время после периода значительных финансовых вливаний в систему здравоохранения, в связи со сложившимися непростыми геополитическими условиями, здравоохранение снова сталкивается с сокращением бюджетов. С учетом установившегося тренда развития показателей демографии, современная экономическая ситуация не позволяет органам власти выполнять заявленные обязательства по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью. Обязательное медицинское страхование становится основным источником обеспечения прав граждан, прописанных в Конституции, на получение бесплатной медицинской помощи.

Исследование механизма финансирования медицинских организаций связано с необходимостью дальнейшего реформирования отрасли. В основе бюджетно-сметного финансирования имели место нормативы, доводимые до бюджетных учреждений здравоохранения. Следовательно, отсутствовала заинтересованность учреждений к экономическому стимулированию, расширению объема своей деятельности и улучшению качества медицинских услуг. Так называемое экстенсивное развитие здравоохранения, основанное на административных методах и ресурсных показателях, характерно во внерыночных условиях общества. Низкая интенсивность труда врачей одновременно с крайне низким финансированием, слабая техническая оснащенность бюджетных учреждений, дефицит медицинских услуг и низкое качество медицинской помощи, явились объективными причинами для внедрения экономических методов стимулирования медицинских организаций, участвующих в обязательном медицинском страховании (далее – ОМС).

В связи с этим, исследование механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования с целью предложения мер по его совершенствованию является актуальным.

Цель магистерской диссертации – исследование экономических механизмов стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

Поставленная цель определила следующие задачи исследования:

- раскрыть экономическое и финансовое содержание механизма стимулирования;
- обосновать сущность экономического механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования на законодательно-нормативном уровне;
- исследовать зарубежный опыт стимулирования медицинских организаций;
- проанализировать деятельность Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края;
- рассмотреть механизм стимулирования медицинских организаций, участвующих в системе ОМС Пермского края;
- выявить несовершенства изученного механизма;
- предложить расчет социально-экономической и финансовой эффективности предлагаемых способов совершенствования механизма стимулирования медицинских организаций.

Объектом исследования выступает Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края.

Предметом исследования является совокупность социально-экономических, организационных и финансовых отношений по поводу функционирования экономических механизмов стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

В ходе проведения диссертационного исследования применялись аналитический, логико-структурный подходы, использовались статистические и графические методы обработки и представления информации, а также сравнительно-экономический анализ, синтез полученных данных в теоретические выводы и практические рекомендации.

Теоретические подходы к трактовке понятия и экономической сущности стимулирования труда представлены в трудах ученых-экономистов А.И. Голубевой, А.Л. Еськова, С.А. Шапиры, Ф.Р. Османовой, С.Г. Идрисовой, Г.В. Фищука.

Определение механизма стимулирования было дано Поповой К.А. Среди российских ученых вопросы финансового механизма нашли отражение в трудах В.В. Ковалева, Н.В. Милякова, А.М. Литовских, И.К. Шевченко, Л.М. Подъяблонской.

Научная новизна исследования заключается в развитии основных положений и разработке практических рекомендаций по реализации механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования.

Основными результатами, характеризующими научную новизну работы, являются следующие:

- дано определение финансового механизма стимулирования. Финансовый механизм стимулирования – система видов и форм организации финансовых отношений, условий и методов исчисления, применяемых при формировании и распределении финансовых ресурсов в форме денежных фондов целевого назначения, от четкого и прозрачного использования которых зависит восприятие человеческими ресурсами справедливости трудовых отношений;

- расширено определение экономического механизма стимулирования на сферу обязательного медицинского страхования. Экономический механизм стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования представляет собой совокупность финансовых отношений между участниками обязательного медицинского страхования, результат которых должен привести к повышению качества оказываемой медицинской помощи, выполнению медицинской организацией выделенных объемов в полной мере, а также увеличению заработной платы медицинских

работников посредством выплат стимулирующего характера за достижение целевых показателей;

- выявлены факторы, оказывающие влияние на несовершенство действующего механизма стимулирования медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования Пермского края;

- представлена новая методика расчета показателей результативности деятельности медицинских организаций-фондодержателей на основе бальной оценки с установлением целевых показателей их достижения, а также определена экономическая эффективность реализации такой методики.

Основные положения и выводы выпускной квалификационной работы могут быть использованы при принятии экономических решений в сфере обязательного медицинского страхования в части стимулирования медицинских организаций, а также при разработке учебно-методического обеспечения профессионального образования в высших учебных заведениях.

В качестве эмпирического материала использовались отчетные документы Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Территориальных фондов обязательного медицинского страхования, данные Федеральной службы государственной статистики, научные разработки и публикации отечественных учёных в области механизма стимулирования и финансирования медицинских организаций, медицинской помощи и медицинских услуг, монографические материалы, публикации в специализированных экономических изданиях. Кроме того, информационную базу составили законодательно-нормативные акты, статистические справочники, проблемные статьи в федеральных средствах массовой информации, электронные ресурсы удаленного доступа.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы, приложения, содержит 14 таблиц и 6 рисунков. Список использованной литературы включает 60 источников.

Во введении обосновывается актуальность темы, определяются цель и задачи выпускной квалификационной работы, представляются объект и предмет, раскрываются научная новизна и практическая значимость.

В первой главе «Теоретические основы и дискуссионные позиции механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» представлен категориальный аппарат, раскрывающий направления выпускной квалификационной работы; расширено определение экономического механизма стимулирования на сферу обязательного медицинского страхования; представлено законодательно-нормативное обоснование экономического механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования; показаны результаты исследования зарубежного опыта стимулирования медицинских организаций.

Во второй главе «Обобщение практического опыта действия механизма стимулирования (на примере функционирования ТФОМС Пермского края)» рассмотрено функционирование обязательного медицинского страхования на примере Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края; представлены результаты изучения экономического механизма стимулирования медицинских организаций-фондодержателей, участвующих в системе ОМС Пермского края; определены проблемы его реализации.

В третьей главе «Направления совершенствования механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» представлено экономикоорганизационное обоснование необходимости совершенствования действующего экономического механизма стимулирования медицинских организаций; согласно новой методике рассчитаны выплаты стимулирующего характера медицинским организациям-фондодержателям за достижение показателей их деятельности.

В заключении приводятся основные выводы и рекомендации по результатам исследования.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ДИСКУССИОННЫЕ ПОЗИЦИИ МЕХАНИЗМА СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1 ЭКОНОМИЧЕСКОЕ И ФИНАНСОВОЕ СОДЕРЖАНИЕ МЕХАНИЗМА СТИМУЛИРОВАНИЯ

Сегодня термину «механизм» уделяется первостепенное внимание: механизм развития национальной экономики, механизмы повышения эффективности и конкурентоспособности промышленности, механизмы государственного регулирования инновационной сферы, механизмы управления эколого-экономическими системами и т. д. – это лишь незначительный перечень тем аналитических исследований, докладов, научных публикаций.

Вышеперечисленное характеризует многоаспектность данного термина и его высокую значимость для экономической науки в целом. Объяснить эту популярность можно крайне высокой необходимостью эффективно управлять направленным развитием экономики государства в условиях морально и физически устаревших основных фондов предприятий, активного развития науки и техники, неизбежного истощения природных ресурсов, высокой степени интеграции в сотрудничестве стран, глобализации многих процессов, что создает высокую степень неопределенности в силу национальных, территориальных, политических и идеологических различий. Поиск наиболее эффективных схем управления и взаимодействий, которые учитывали бы базовые экономические закономерности, становится основной задачей в исследовании экономических механизмов.

Ефремовой механизм (от греч. *mechane* – машина) рассматривается с нескольких позиций [57]:

- устройство машины, прибора, аппарата и т.п., приводящее их в действие;
- совокупность состояний и процессов, из которых складывается какое-либо физическое, химическое, физиологическое и т.п. явление;
- система, устройство, определяющие порядок какого-либо вида деятельности или процесса.

Согласно определению по Ожегову, механизм представляет собой внутреннее устройство (систему звеньев) машины, прибора, аппарата, приводящее их в действие [58].

По словарю Ушакова [59] механизм трактуется с двух точек зрения:

- внутреннее устройство машины или прибора, приводящее машину, прибор в действие (тех.).
- внутреннее устройство, система функционирования чего-либо, аппарат какого-нибудь вида деятельности.

Рассмотрев различные подходы к определению механизма, выделим наиболее важный аспект, позволяющий определить сущность термина «механизм»: множество взаимосвязанных элементов, которые приводят в движение объект. При этом выделяется два подхода: механизм может рассматриваться как совокупность элементов, воздействующих на развитие объекта, и как взаимосвязь и взаимодействие элементов, обеспечивающих развитие объекта.

В основе формирования хозяйственного механизма любого общества находится система экономических интересов и все ее составляющие. Среди множества функций экономических интересов – воспроизводство системы экономических взаимоотношений в обществе; воспроизводство отношений собственности на средства производства; воспроизводство жизнедеятельности каждого субъекта на расширенной основе; обеспечение в результате противоречивого взаимодействия экономических интересов хозяйствующих субъектов развития экономики как саморегулирующейся системы. Главная функция экономических интересов в хозяйственном механизме состоит в

мотивации и стимулировании трудовой активности и достижении наилучших количественных и качественных результатов в труде [21, с. 245].

В исследованиях, посвященных проблемам мотивации и стимулирования труда, понятие «стимулирование» раскрыто с различных подходов. Рассмотрим понятийный аппарат и экономическую сущность стимулирования труда. Ряд авторов рассматривают стимулирование как систему. Так, А.И. Голубева определяет стимулирование как систему материального и морального поощрения, вознаграждения за трудовое усилие [19, с. 157; 20, с. 25]. По мнению А.Л. Еськова «система стимулирования труда является важнейшим катализатором повышения трудовой активности персонала организации, которая призвана способствовать тому, чтобы сделать труд каждого персонально выгодным и мотивировать заинтересованность работников в повышении эффективности производства» [43]. Также, некоторые исследователи рассматривают стимулирование как процесс. Как пишет С.А. Шапиро: «Стимулирование – это процесс воздействия на человека посредством значимого для него внешнего предмета (объекта, условий, ситуации), побуждающий человека к определенным действиям» [60]. Ф.Р. Османова, С.Г. Идрисова определяют стимулирование как процесс использования различных стимулов для мотивирования людей, где стимулы выполняют роль рычагов воздействия, вызывающих действие определенных мотивов [35, с. 111]. Г.В. Фищук считает, что стимулирование труда осуществляет управление организации. Так, согласно точке зрения Г.В. Фищука, стимулирование – «тип опосредованного управленческого воздействия на трудовое поведение работников. При этом поведение регулируется посредством воздействия не на саму личность, а на условия ее жизнедеятельности, на внешние по отношению к личности обстоятельства, порождающие определенные интересы и потребности» [28, с. 315].

Таким образом, опираясь на широкий спектр представленных понятий, можно отметить два подхода к термину «стимулирования»: первый – с точки зрения системы, второй – как процесс. Нам представляется ближе понятие,

определенное с точки зрения системы, поскольку оно имеет более широкий спектр действия.

В литературе понятия «стимулирование» и «мотивация» существуют в тесном взаимодействии. В некоторых исследованиях определяются как синонимы. Способности персонала характеризует то, что работник может сделать, а мотивация определяет то, что работник делает. Так что правильно построенная мотивация персонала является неотъемлемой частью успеха организации. Следовательно, важным становится вопрос мотивации персонала в контексте обеспечения достижения целей организации. Обобщено систему мотивации можно представить в виде таблицы 1.

Таблица 1 – Система мотивации труда работников организации ¹

Компоненты мотивации	Инструменты мотивации	Цели мотивации
Организационная культура. Система общих для всего коллектива ценностей, норм	Устав организации, основные принципы руководства стиля управления	Признание целей организации, ориентация на перспективу
Принципы руководства, отношения между руководителями и подчиненными	Делегирование ответственности, участие в принятии решений, создание условий труда и отдыха	Ориентация на перспективу, согласование интересов. Сотрудничество
Кадровая политика. Повышение квалификации и мобильности работников	Тренинги, семинары. Планирование карьеры кадров, структуры кадров	Самостоятельность, инициативность. Инновационная деятельность
Информация о делах организации	Информационные листки, справочники, совещания	Информированность о делах коллектива, его интересах
Организация рабочего места и рабочего времени. Оснащение рабочих мест. Гибкое приспособление рабочего времени к потребностям работников	Техническое оснащение рабочих мест. Гибкое рабочее время, скользящий график, увеличение продолжительности отпуска	Удовлетворенность состоянием рабочего места Удовольствие от работы Ответственность и эффективность использования рабочего времени

Теоретическая база в области стимулирования в настоящее время относится управлению поведением и мотивацией к труду сотрудников организации. В качестве методов стимулирования труда в научной литературе выделяют материальные и нематериальные. Первичными для сотрудников являются материальные методы стимулирования, которые чаще всего

¹ Составлено автором

выражаются в форме премирования. Оно должно осуществляться с целью материального стимулирования работников за достижение высоких показателей. Поводами для премирования могут стать повышение эффективности в работе за счет применения новых технологий, передовых форм, личных достижений сотрудников в научно-исследовательской деятельности, высокая интенсификация труда и другие конкретные заслуги.

В качестве методов материального стимулирования работников можно выделить следующие направления:

- стимулирование высоких трудовых показателей работника;
- формирование определенной линии трудового поведения работника, направленной на процветание организации;
- побуждение работника к наиболее полному использованию своего физического и умственного потенциала в процессе осуществления возложенных на него обязанностей [35, с. 112].

В целях данного исследования следует рассмотреть механизм стимулирования в рамках организации в целом. С этой точки зрения механизм стимулирования является системой распределения ресурсов организации, от четкого и прозрачного функционирования которой зависит восприятие человеческими ресурсами справедливости трудовых отношений [36, с. 111]. В качестве распределяемых ресурсов могут выступать материальные денежные, материальные не денежные (путевки, оплата сотовой связи, обучения, транспортных расходов и т. п.), а также такие нематериальные ресурсы, как время [26, с. 489]. Механизм стимулирования является одной из основных предпосылок эффективного функционирования организации, регулирующих и определяющих трудовое поведение персонала.

Экономическое содержание механизма материального стимулирования заключается в том, что оно направлено на мотивацию работника к эффективному и качественному труду, выполнение которого не только покрывает издержки работодателя на организацию процесса производства, оплату труда, но и позволяет получить определенную прибыль. В свое время

часть полученной прибыли используется на выплату налогов, что влияет на перераспределение части финансовых ресурсов общества в пользу государства [18, с. 38]. Экономическое содержание механизма материального стимулирования чаще всего выражается в установлении определенных целевых показателей, достижение которых вознаграждается выплатами стимулирующего характера.

Рассмотрим финансовый механизм стимулирования. Прежде всего, следует обратиться к сущности финансового механизма, в целом. По мнению В.В. Ковалева финансовый механизм представляет собой систему организации, регулирования, планирования финансовых отношений, способов формирования и использования финансовых ресурсов [27, с. 15]. Н.В. Миляков рассматривает финансовый механизм как систему установленных государством форм, видов и методов финансовых отношений, посредством которой осуществляется его финансовая политика [24, с. 258]. А.М. Литовских и И.К. Шевченко определяют финансовый механизм следующим образом: совокупность форм организации финансовых отношений, методов (способов) формирования и использования финансовых ресурсов, применяемых обществом в целях создания благоприятных условий для экономического и социального развития общества [23, с. 36]. В определении, данным А.М. Литовских и И.К. Шевченко, акцент ставится на применении обществом финансовых ресурсов для его благосостояния и социального развития. Л.М. Подъяблонская трактует сущность финансового механизма как составную часть хозяйственного механизма, представленную совокупностью видов и форм организации финансовых отношений, условий и методов исчисления, применяемых при формировании финансовых ресурсов, образовании и использовании денежных фондов целевого назначения [25, с. 254].

Рассмотрев различные подходы к определению финансового механизма, выделим наиболее важный аспект, позволяющий определить сущность финансового механизма ОМС. *Финансовый механизм* – это система функционирования видов и форм финансовых отношений, методов

формирования финансовых ресурсов в виде денежных фондов целевого назначения и их использования, применение которых должно обеспечивать благосостояние и социальное развитие общества [32, с. 103].

Широкий спектр научных исследований в области финансового механизма стимулирования той или иной сферы не позволяет дать ему обобщенное понятие, значение которого было бы уместно в рамках данной работы. Поэтому для определения финансового механизма стимулирования объединим понятия «финансовый механизм» и «механизм стимулирования», сформулированные ранее. Было определено, что основой и финансового механизма, и механизма стимулирования является система. Оба понятия связаны с распределением ресурсов. Стоит также отметить, что механизм стимулирования тесно связан с созданием целевых фондов.

Таким образом, объединив понятия «финансовый механизм» и «механизм стимулирования», определение *финансового механизма стимулирования* можно трактовать как систему видов и форм организации финансовых отношений, условий и методов исчисления, применяемых при формировании и распределении финансовых ресурсов в форме денежных фондов целевого назначения, от четкого и прозрачного использования которых зависит восприятие человеческими ресурсами справедливости трудовых отношений.

1.2 ЗАКОНОДАТЕЛЬНО-НОРМАТИВНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО МЕХАНИЗМА СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Согласно Федеральному закону от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» медицинские организации (далее – медицинские организации) в сфере

обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) являются участниками системы ОМС. К медицинским организациям относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность [2].

Помимо медицинских организаций к участникам относятся страховые медицинские организации и территориальный фонды ОМС. Субъектами ОМС являются Федеральный фонд ОМС, страхователи и застрахованные лица. Организационно-финансовый механизм взаимодействия субъектов и участников при реализации ОМС представлен на рисунке 1.

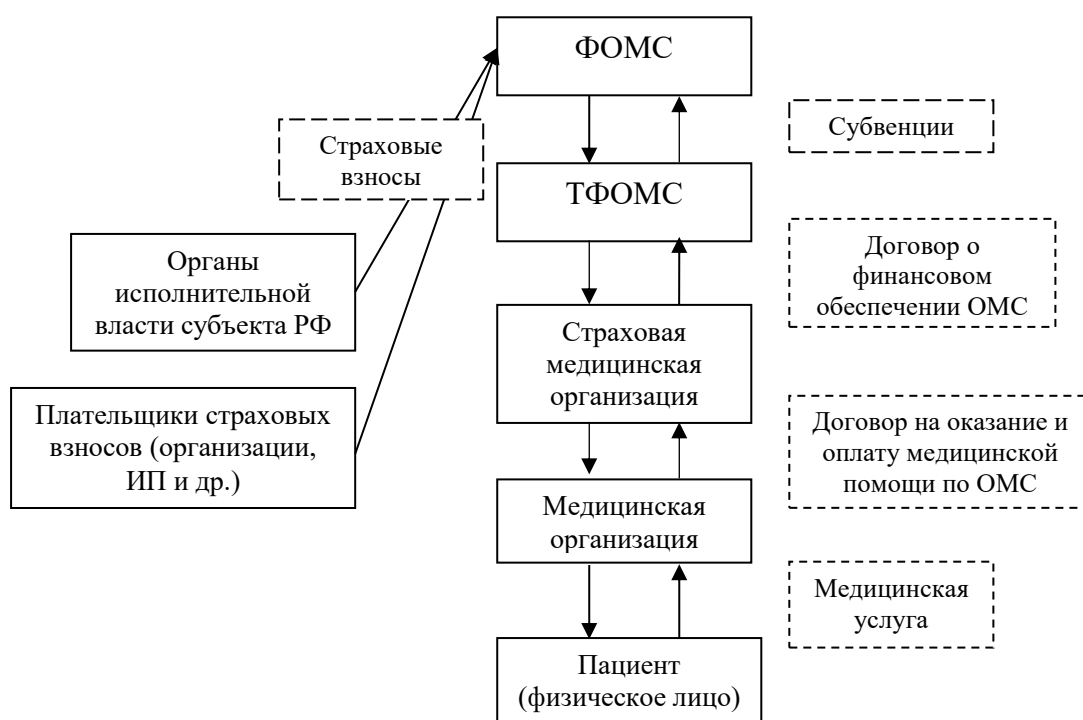


Рисунок 1 – Организационно-финансовое взаимоотношение в системе ОМС¹

Механизм взаимодействия участников ОМС строится на договорных отношениях. Между территориальным фондом ОМС и страховой медицинской

¹ Составлено автором по: [2]

организацией заключается договор о финансовом обеспечении ОМС. По данному договору страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за счет предоставленных ей ТФОМС целевых средств.

Между страховой медицинской организацией и медицинской организацией заключается договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС. По данному договору медицинская организация обязуется оказать медицинскую помощь застрахованному лицу в рамках территориальной программы ОМС, а страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой ОМС. Договор содержит положения, предусматривающие следующие обязанности СМО:

- получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

- проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом;

- организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности [2].

Медицинская организация в рамках договора обязана:

- предоставлять сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимых для проведения контроля объемов, сроков

и качества предоставляемой медицинской помощи, о режиме работы этой организации, видах оказываемой медицинской помощи;

- представлять счета (реестры счетов) за оказанную медицинскую помощь;

- представлять отчетность об использовании средств ОМС, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иную отчетность в порядке, установленном Федеральным фондом;

- выполнять иные обязанности [2].

Медицинская организация в зависимости от полученной лицензии на осуществление медицинской деятельности оказывает медицинскую помощь, которая классифицируется по видам, условиям и формам оказания (рисунок 2).

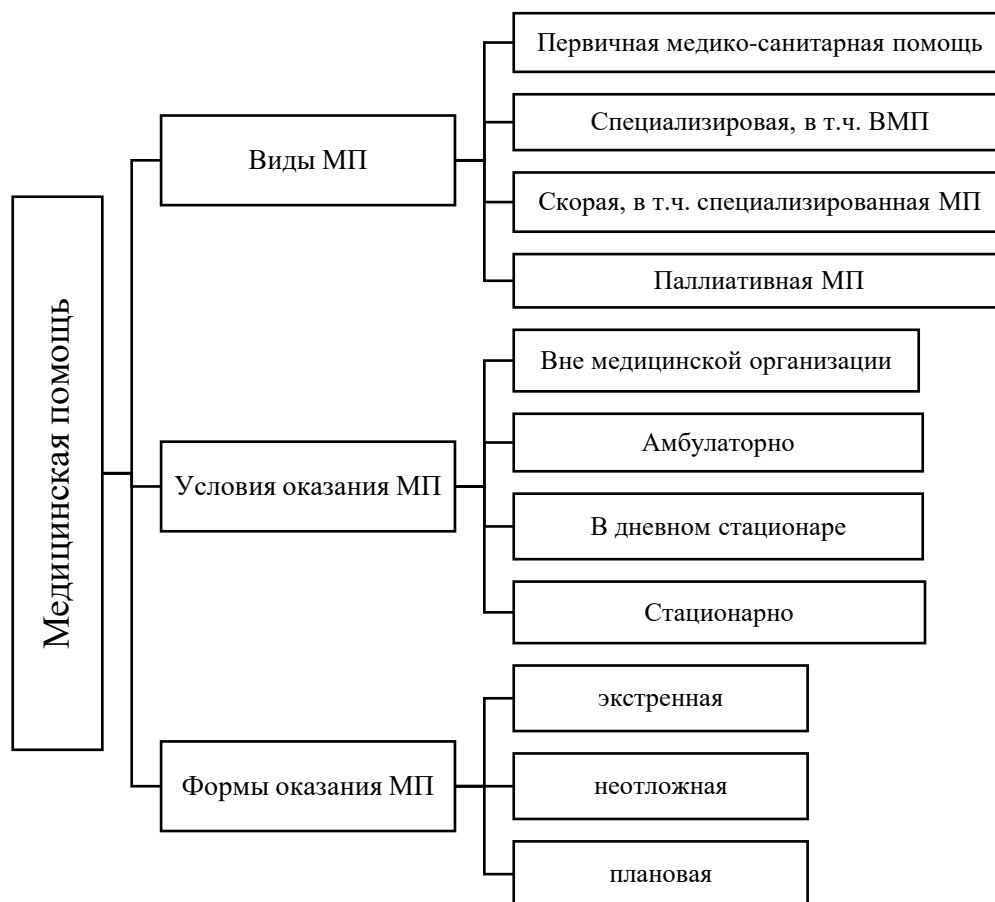


Рисунок 2 – Классификация медицинской помощи¹

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи, которую получают 80 % пациентов, и включает

¹ Составлено автором по: [3]

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. Она оказывается в амбулаторных условиях и дневном стационаре в доврачебном (фельдшеры, акушерки, зубные врачи и другие специалисты со средним медицинским образованием), врачебном (врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами)) и специализированном (врачи-специалисты) виде.

Специализированная медицинская помощь 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 [16]. Данный вид помощи оказывается в стационарных условиях и условиях дневного стационара.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам 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. Такой вид помощи оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

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

В рамках данного исследования следует отметить, что паллиативная медицинская помощь входит в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, но не входит в большинство территориальных программ ОМС [14]. Остальные виды помощи оплачиваются медицинской организации за счет средств ОМС.

В целях повышения эффективности качества оказываемой застрахованным лицам медицинской помощи, выполнения медицинскими организациями объемов в полной мере может выполняться стимулирование медицинских организаций. Рекомендации по стимулированию медицинских организаций предложены в Российской Федерации на высшем уровне управления обязательным медицинским страхованием. Минздравом России и Федеральным фондом ОМС на 2017 год рекомендованы показатели результативности деятельности медицинских организаций. Они делятся на показатели результативности и интенсивности, которые в свою очередь подразделяются по периоду оценки: не реже 1 раза в месяц, 1 раза в квартал и 1 раз в год [15].

Среди показателей результативности, рекомендуемых к оценке не реже 1 раза в месяц, можно выделить:

- частота вызовов скорой медицинской помощи прикрепленному населению. Оценка производится в единицах на 10 тыс. прикрепленного населения, причем рекомендуется исключать диагнозы, связанные с внешними причинами заболевания;
- удельный вес повторных инфарктов в процентном соотношении по данным персонализированного учета;
- доля обоснованных жалоб пациентов на работу медицинской организации в процентах;
- доля посещений по заболеваниям, осуществленным в неотложной форме, от общего числа посещений по заболеваниям в процентах от всех посещений по заболеванию и другие.

Показатели результативности, рекомендуемые для оценки не реже 1 раза в квартал и год, имеют собой наиболее узкие рамки для их расчета:

- уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста в связи с заболеванием. Измеряется в количестве случаев на 1 тыс. человек прикрепленного населения трудоспособного возраста;

- доля лиц, умерших от инсульта и (или) инфаркта миокарда в трудоспособном возрасте, среди прикрепленного населения;

- доля умерших в трудоспособном возрасте пациентов со злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО), состоящих на учете, от общего числа умерших в трудоспособном возрасте пациентов с ЗНО;

- уровень заболевания инфарктом;

- уровень заболевания инсультом и другие показатели.

Перечисленные выше 4 показателя рассчитываются как число случаев на 1 тыс. лиц трудоспособного возраста (женщины 18-54 года, мужчины 18-59 лет), среди прикрепленного населения.

Среди показателей интенсивности, рекомендуемых к оценке не реже 1 раза в месяц, можно отметить:

- доля пациентов, охваченных диспансерным наблюдением из числа подлежащих, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения (в процентном соотношении);

- доля лиц с впервые выявленной ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, взятых под диспансерное наблюдение, в том числе с использованием дистанционных методов наблюдения.

Для оценки данных показателей Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС рекомендуется применять ретроспективный анализ оказанных медицинских услуг, в том числе при госпитализации.

Выделим показатели результативности, рекомендуемые к оценке не реже 1 раза в квартал:

- охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из подлежащего диспансеризации в текущем году (целевое значение – не менее 80 процентов от подлежащих);

- охват населения всех (или отдельных) возрастных групп, охваченных профилактическими прививками против гриппа, от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации (целевое значение – не менее 30 процентов от подлежащих);

- охват населения всех (или отдельных) возрастных групп вакцинированием против пневмококковой инфекции от общего числа лиц указанных групп, подлежащих охвату профилактическими прививками, среди лиц, прикрепленных к медицинской организации (целевое значение – не менее 10% прикрепленного населения).

Представленные показатели результативности и интенсивности деятельности медицинской организации используются в сочетании с оплатой оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, определяется доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по формуле (1):

$$\text{ОСПН} = \text{ДПн} \times \text{ЧЗПР} + \text{ОСРД}, \quad (1)$$

где ОСПН – финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

ЧзПР – численность застрахованных лиц, прикрепленных к данной медицинской организации, человек;

ОСРД – размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Размер средств на осуществление стимулирующих выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившееся население, устанавливается Тарифным соглашением субъекта Российской Федерации. Например, в Пермском крае размер средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты на 2017 год, равен 3% от базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской организации-фондодержателя [54]. В Ленинградской области этот размер составляет 5% [55].

Таким образом, экономический механизм стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования представляет собой совокупность финансовых отношений между участниками обязательного медицинского страхования, результат которых должен привести к повышению качества оказываемой медицинской помощи, выполнению медицинской организацией выделенных объемов в полной мере, а также увеличению заработной платы медицинских работников посредством выплат стимулирующего характера за достижение целевых показателей медицинской организацией.

1.3 ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Обратимся к международному опыту стимулирования медицинских организаций. Первые эксперименты по разработке и внедрению системы стимулирования были осуществлены в США для больниц в рамках программ

Медикейр и Медикейд. При этом одним из дополнительных положительных стимулов для больниц явилась публикация о результатах работы. В рамках такой системы поставщиков медицинских услуг обычно штрафуют за непредставление данных по основным клиническим индикаторам [37; 44].

В некоторых странах комбинируют и используют финансовые и нефинансовые инструменты мотивирования. Так, например, в Израиле система стимулирования носила название «Концепция высокого результата», при котором один раз в год больницы получали оценку своей деятельности в процентах по установленным группам показателей. Премии подсчитывались как разница между выделенным бюджетом больницы и ее затратами, умноженная на процент за достижение медицинских показателей и уровня обслуживания. Если процент оказания медицинской помощи оказывался ниже 75%, то бонус не выплачивался [29].

В Италии использовался так называемый целевой бюджет, основанный на деятельности медицинского учреждения. При этом методе бюджет больницы формировался после определения целей деятельности учреждения. Цели задавались с участием менеджеров больниц и врачей и корректировались в течение года, адаптируясь к новым условиям. В итоге формировался «бюджетный лист» – документ, в котором были определены все цели, задачи и оценочные показатели деятельности больницы. В заключительной части целевого бюджета указана информация о взаимосвязи размера переменной части заработной платы работников и достижения медицинским учреждением поставленных целей [41].

Во Франции врачам общей практики предлагались индивидуальные стимулирующие договоры, где были прописаны цели и задачи на трехлетний период относительно лечения и назначения лекарственных средств. Схема поощрительных выплат врачам довольно сложна и зависит от результатов по назначению лекарств и проведенному лечению. Максимальная сумма вознаграждения при этом не может превышать 6 000 евро в год [29].

В некоторых странах Европы, таких, как Великобритания, системы мотивации нацелены на отдельных врачей. Здесь система финансового стимулирования носит название «Система качества и результатов» (Quality and outcomes framework – QOF) и представляет собой договор для врачей общей практики. Данная программа в основном нацелена на улучшение качества медицинской помощи, предоставляемой больным с хроническими заболеваниями.

Система качества и результатов Великобритании включает 142 индикатора в четырех областях применительно к работникам здравоохранения. У каждого индикатора есть максимальная сумма баллов. Работники накапливают до 1000 баллов соответственно результатам своей работы. Каждый балл в 2013 г. был равен 133 фунтам. Баллы начисляются с учетом низких и верхних порогов. При этом установлены 4 группы, охватываемые QOF [37].

Первая группа – амбулаторное лечение – состоит из 87 показателей, 20 из которых по хроническим заболеваниям: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет и т.д. В общей сложности по данной группе можно набрать 661 балл.

Следующая группа – организационная – включает 45 индикаторов по пяти организационным областям: отчеты и информация; информация для пациентов; образование и подготовка кадров; практики управления и управления лекарствами. В данной группе максимально можно набрать 262 балла.

Группа «обслуживание пациентов» состоит из одного индикатора, составляющего до 33 баллов. Этот индикатор связан с продолжительностью консультаций ВОП, например, «опросы общественного мнения, исследования», и т.д. Они должны быть выполнены согласно официальному предписанию, в которых удовлетворенность пациента достигает определенных значений.

Группа «дополнительные услуги» состоит из девяти показателей по четырем видам медицинской помощи, например, «доля учреждений, которые

предоставляют дополнительные домашние посещения недавно родивших матерей после выписки из больницы». По этой группе можно набрать 44 балла.

Практика показывает, что с момента внедрения QOF уровень достижений целевых значений в Англии составил 91% в 2004-2005 гг. и увеличился до 96,2% в 2005-2006 гг. В настоящее время он остается на уровне 94-97%. Уровень достижения производительности по группам индикаторов составляет свыше 95%, за исключением группы «обслуживание пациента». Эти индикаторы (кроме индикатора, связанного с продолжительностью консультации врачей) были исключены в 2010 г., что позволило результативности увеличиться почти до 99% [37; 44].

В Эстонии принята бонусная система Quality bonus system (далее – QBS), которая была разработана в сотрудничестве с Обществом семейных врачей и внедрена в практику в 2006 г. Фондом медицинского страхования. Ее задачи заключались в укреплении первичного звена медико-санитарной помощи и повышении роли семейных врачей в профилактике и лечении заболеваний, при этом основное внимание уделялось хроническим заболеваниям.

QBS обеспечивает дополнительные выплаты сверх существующих при смешанном механизме оплаты (оплата за услугу и базовая ставка). В этой системе преобладает подушевое финансирование. Врачи получают бонус (единовременную денежную премию) в случае достижения определенных целевых ориентиров по охвату конкретными услугами. QBS организована в трех сферах деятельности, одна из которых направлена на работу с хроническими заболеваниями. Эта сфера деятельности включает пять групп показателей, общее число которых составляет 27. Большинство показателей ориентированы на процесс и были отобраны в силу их влияния на конечные результаты на основании клинических руководств. В целом индикаторы системы QBS состоят из трех областей: 1) профилактика заболеваний; 2) хронические болезни; 3) другие показатели [37].

В Эстонии менее чем за 10 лет с начала реализации программы при затратах менее 2% бюджета первичной медико-санитарной помощи эта система

материального стимулирования привела к значительному ежегодному расширению охвата услугами по профилактике и лечению заболеваний [40].

На начальном этапе в 2006 г. врачам предлагали добровольно войти в QBS. К 2011 г. в системе было зарегистрировано 90% врачей, а в 2015 г. этот механизм стал обязательным. Доля врачей, соответствующих критериям для получения бонусов, выросла с 4% в 2006 г. более чем на 50% к концу 2013 г.

Хронические заболевания – это одно из трех направлений деятельности, включенных в QBS, для которого разработали пять наборов показателей:

- профилактика сердечно-сосудистых заболеваний;
- ведение больных сахарным диабетом II типа;
- ведение больных гипертонической болезнью;
- вторичная профилактика после инфаркта миокарда;
- гипотиреоз.

Для решения проблемы растущего бремени неинфекционных заболеваний Эстония сосредоточила усилия на раннем выявлении и упреждающем подходе к лечению хронических состояний. В основе реформ лежит комплексный подход к укреплению первичного звена медико-санитарной помощи и оптимизация больничной сети. Постоянное совершенствование механизмов закупки Фондом медицинского страхования Эстонии создало благоприятную среду для реструктуризации системы оказания услуг и совершенствования набора услуг с увеличением объемов работы по профилактике и упреждающему ведению хронических состояний [39].

Кроме того, в системе QBS предусмотрено исключение из отчетности особых групп пациентов и нестандартные случаи обращений за медицинской помощью, которые влияют на значение индикатора, искажая его.

Девять лет работы системы выплаты бонусов по показателям качества привели к усилению работы по профилактике и лечению хронических заболеваний в Эстонии. Система сыграла важную роль в продолжающемся формировании сильной системы ПМСП. С 2007 по 2013 гг. произошло улучшение по 24 из 27 показателей QBS по профилактике и лечению

хронических заболеваний. Рост показателей варьировался от 5% до 45% при среднем значении улучшения по всем показателям в 18,5 процентных пунктов. По большинству показателей охват услугами повысился с 50% охваченного целевого населения до 70%. Кроме того, имеются доказательства того, что пациенты врачей, вошедших в систему выплаты бонусов по показателям качества, реже нуждались в госпитализации по поводу хронических состояний, нежели пациенты врачей, которые не участвовали в QBS [37].

Для повышения стимулов в улучшении качества медицинской помощи приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 мая 2015г. № 429 были установлены следующие индикаторы стимулирующего комплексного подушевого норматива [22, с. 10]:

- материнская смертность, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- детская смертность от 7 дней до 5 лет, предотвратимая на уровне первичной медико-санитарной помощи, от острых кишечных инфекций и острых респираторных инфекций;
- несвоевременно диагностированный туберкулез легких;
- впервые выявленные случаи онкозаболеваний 3-4 стадии;
- уровень госпитализации больных с осложнениями болезней системы кровообращения;
- количество обоснованных жалоб [34, с. 230].

Таким образом, международный опыт свидетельствует о широком применении методов стимулирования как медицинских организаций, так и отдельно медицинских работников. Это зависит от системы здравоохранения в стране. Так, страны ОЭСР в разное время применяли более детальные конкретные индикаторы, в то время как в Казахстане и Российской Федерации они носят более общий характер. Более того, общепризнано, что на такие показатели, как смертность общая, материнская и младенческая, на первичной медико-санитарной помощи, ни вся система здравоохранения не могут оказать существенного влияния. В связи с этим, индикаторы, по которым оценивается

медицинская деятельность, должны быть зависимыми от первичной медико-санитарной помощи.

Подводя итог исследованию теоретических основ механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования, отметим ключевые позиции.

Определено экономическое и финансовое содержание механизма стимулирования. Экономическое содержание механизма материального стимулирования чаще всего выражается в установлении определенных целевых показателей, достижение которых вознаграждается выплатами стимулирующего характера, которые направлены на мотивацию работника к эффективному и качественному труду, выполнение которого не только покрывает издержки работодателя на организацию процесса производства, оплату труда, но и позволяет получить определенную прибыль. В свое время часть полученной прибыли используется на выплату налогов, что влияет на перераспределение части финансовых ресурсов общества в пользу государства.

Финансовый механизм стимулирования можно трактовать как систему видов и форм организации финансовых отношений, условий и методов исчисления, применяемых при формировании и распределении финансовых ресурсов в форме денежных фондов целевого назначения, от четкого и прозрачного использования которых зависит восприятие человеческими ресурсами справедливости трудовых отношений.

Стимулирование медицинской организации рекомендовано на высшем уровне управления обязательным медицинским страхованием: Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС. Механизм стимулирования медицинской организации законодательно закреплён нормативными документами. В целях повышения эффективности качества оказываемой застрахованным лицам медицинской помощи, выполнения медицинскими организациями объемов в полной мере могут применяться стимулирующие выплаты, большая часть которых расходуется на оплату труда медицинских работников.

Зарубежный опыт свидетельствует о широком спектре применения методов стимулирования медицинских организаций, который может быть использован при разработке экономических механизмов стимулирования медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

2 ОБОБЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА ДЕЙСТВИЯ МЕХАНИЗМА СТИМУЛИРОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТФОМС ПЕРМСКОГО КРАЯ)

2.1 ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ

Важную роль в финансировании системы обязательного медицинского страхования играет совокупность территориальных фондов ОМС. Они осуществляют отдельные полномочия страховщика (Федерального фонда ОМС, далее – ФФОМС) в части реализации территориальных программ ОМС в пределах базовой программы ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – ТФОМС) является некоммерческой организацией, созданной Пермским краем для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Пермского края. ТФОМС Пермского края является юридическим лицом, подотчетным в своей деятельности Правительству Пермского края и ФФОМС [13].

Деятельность ТФОМС Пермского края направлена на решение следующих основных задач:

- обеспечение прав граждан в системе ОМС;
- обеспечение гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС;
- создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС;
- обеспечение государственных гарантий соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному

медицинскому страхованию в рамках базовой программы ОМС независимо от финансового положения страховщика [13].

Среди основных полномочий территориального фонда ОМС следует отметить:

- участие в разработке программы государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи и определение тарифов на оплату медицинской помощи на территории Пермского края;

- аккумуляцию средств ОМС и управление ими, финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Пермском крае, формирование и использование резервов для обеспечения финансовой устойчивости ОМС;

- контроль использования средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями (проверки и ревизии) [13].

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет следующие функции:

- организует прием граждан, проводит информирование населения по вопросам, относящимся к компетенции ТФОМС;

- рассматривает дела и налагает штрафы, составляет акты о нарушении законодательства об ОМС;

- получает от медицинских организаций сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи;

- получает от страховых медицинских организаций данные о новых застрахованных лицах и сведения об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также отчетность об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц;

- по месту оказания медицинской помощи (на территории Пермского края) осуществляет расчеты за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном базовой программой ОМС, а

территориальный фонд, в котором выдан полис ОМС, осуществляет возмещение средств территориальному фонду по месту оказания медицинской помощи;

- принимает решения о предоставлении или об отказе в предоставлении страховой медицинской организации недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса ТФОМС;

- предъявляет к медицинской организации требования о возврате в бюджет территориального фонда средств, перечисленных медицинской организацией по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, использованных не по целевому назначению;

- участвует в установлении тарифов на оплату медицинской помощи и другие функции [13].

На территории Пермского края в 2017 году в сфере ОМС осуществляют деятельность пять страховых медицинских организаций: Пермский филиал ООО «Страховая медицинская компания «РЕСО-Мед», филиал Страховой медицинской компании «Астрамед-МС» (АО) в г. Пермь, филиал АО «Макс-М» в г. Перми, филиал ООО «РГС-Пермь-Медицина», филиал ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М» в г. Перми. Динамика численности застрахованных лиц по ОМС в 2015 – 2017 гг. представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Динамика численности застрахованных по ОМС лиц в Пермском крае в 2015-2017 гг., человек, % ¹

Период	Данные Росстата	Количество застрахованных лиц		Отклонение от данных Росстата
		Единый регистр застрахованных лиц		
		всего	% обеспеченных полисом ОМС единого образца	
01.04.2015	2 637 032	2 726 140	78	89 108
01.04.2016	2 634 389	2 709 641	93	75 252
01.04.2017	2 632 097	2 685 847	95	53 750

Представленные данные свидетельствуют о снижении численности застрахованных по ОМС лиц в период с 2015 по 2017 год на 40 293 человек

¹ Составлено автором по: [46; 49]

(1,48%). Данная тенденция связана с общим снижением численности населения в Пермском крае с 2015 года на 4 935 человек, а также со снятием с учета в 2015-2016 гг. 127 875 записей в Едином регистре застрахованных по ОМС. Причины снятия с учета записей указаны в таблице 3.

Таблица 3 – Количество записей, исключенных из Регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц в 2015-2016 гг. ¹

Умершие по данным ЗАГС	Не подлежат ОМС	Без документа, удостоверяющего личность	Иностранцы граждане, не подлежащие ОМС	Дублирующие записи	Всего
68 019	14 557	41 999	342	2 958	127 875

Экономия платежа Пермского края при этом за неработающее население составила 1 180 562 тыс. руб. Данная сумма складывается из следующих составляющих: 8 438,9 (подушевой норматив) × 127 875 (численность) × 1,094 (коэффициент дифференциации).

Проведем анализ финансирования системы ОМС в Пермском крае.

На основании данных таблицы 4 проанализируем основные характеристики бюджета ТФОМС Пермского края в период с 2013 по 2019 гг. Результаты аналитических расчетов, систематизированные в представленной таблице, позволяют идентифицировать положительную тенденцию в динамике показателей деятельности ТФОМС Пермского края. Это выражено в увеличении темпов прироста доходов с 7,04% в 2015 году до 9,8% в 2017 году и расходов с 3,8% до 9,2% в аналогичные сравниваемые периоды. Наличие дефицита бюджета в 2016 году свидетельствует об имеющихся проблемах в финансовом покрытии территориальной программы ОМС Пермского края. Тем не менее, стоит отметить отсутствие дефицита бюджета ТФОМС Пермского края среди утвержденных показателей в 2017 году.

Графически показатели бюджета ТФОМС Пермского края изображены на рисунке 3. Дефицит бюджета ТФОМС Пермского края, согласно закону о бюджете на 2014 год, был заложен в размере 910 млн руб. При его исполнении

¹ Составлено автором

Таблица 4 – Основные характеристики бюджета ТФОМС Пермского края в 2013-2019 гг., тыс. руб., % ¹

Год	Доходы	Исполнение доходов, %	Темп прироста доходов, %	Расходы	Исполнение расходов, %	Темп прироста расходов, %	Дефицит/ профицит	Темп прироста, %
2013 (Исполнено)	20 870 391,7	101,8	–	20 960 109,3	94,7	–	- 89 717,6	–
2014 (Исполнено)	23 156 766,1	100,1	11,0	24 660 505,1	102,5	17,7	- 1 503 739,0	1 576,1
2015 (Исполнено)	24 787 850,4	101,6	7,04	25 598 984,2	100,6	3,8	- 811 133,8	- 46,1
2016 (в ред. от 21.12.2015 № 581-ПК)	25 338 324,5	–	2,2	25 483 459,0	–	- 0,5	- 145 134,5	- 82,1
2017 (в ред. от 29.12.2016 № 32-ПК)	27 824 256,7	–	9,8	27 824 256,7	–	9,2	–	–
2018 (План)	30 767 849,5	–	10,6	30 767 849,5	–	10,6	–	–
2019 (План)	32 362 075,4	–	5,2	32 362 075,4	–	5,2	–	–

дефицит увеличился до 1 503, 7 млн руб.

Согласно закону о бюджете на 2015 год дефицит был заложен в размере около 8 млн руб., исполнение бюджета увеличило дефицит до 811,1 млн руб.

Согласно показателям Закона Пермского края 02.12.2016 № 19-ПК «О внесении изменений в Закон Пермского края «О бюджете ТФОМС Пермского края на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов», доходы в 2016 году по отношению к 2015 году увеличились на 550,4 млн руб. (2,2%), а расходы снизились на 115,5 млн руб. (-0,5%).

Положительным явлением можно рассматривать уменьшение дефицита

¹ Составлено автором по: [5-12; 31]

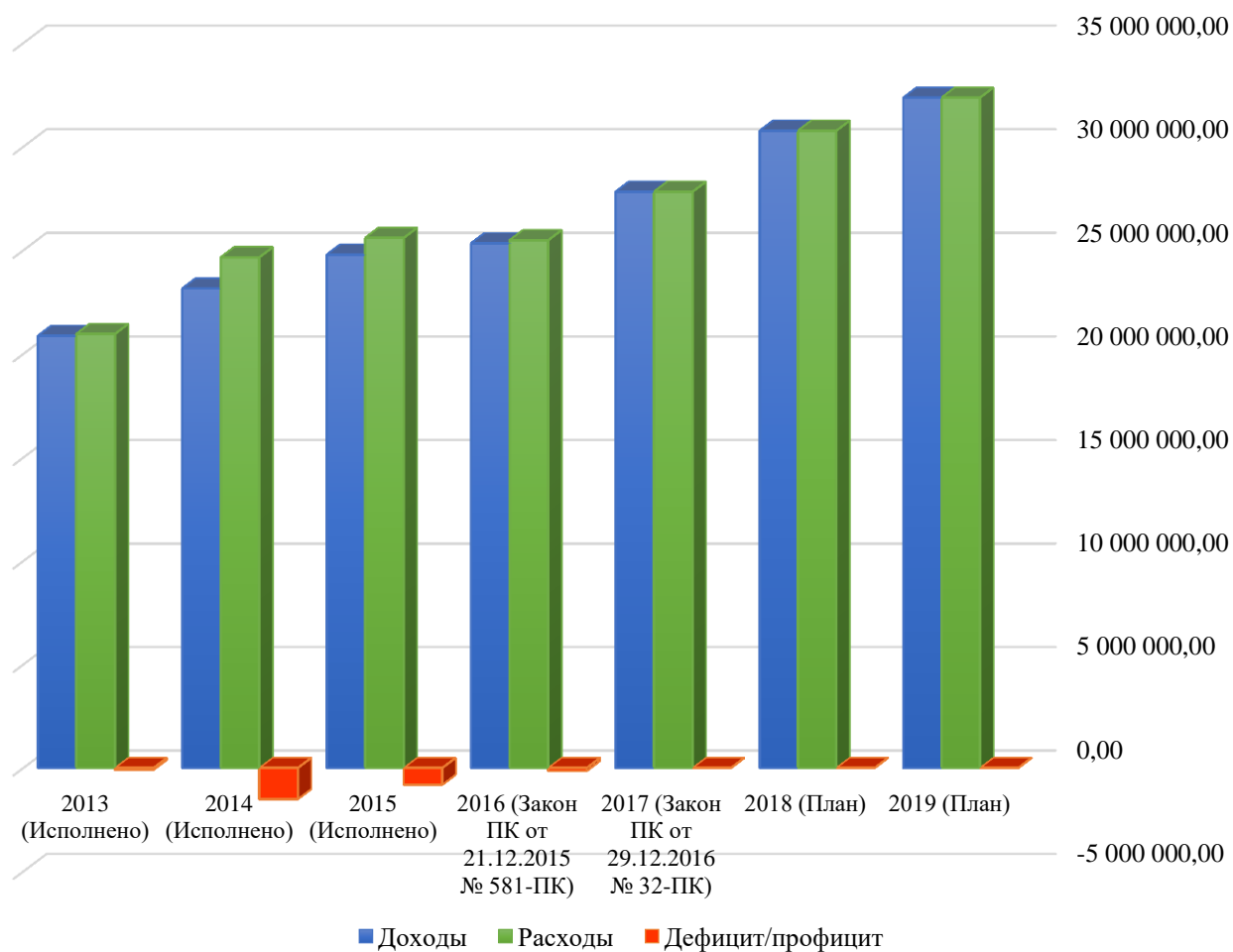


Рисунок 3 – Динамика показателей бюджета ТФОМС Пермского края в 2013-2019 гг., тыс. руб. ¹

бюджета с 811,1 млн руб. в 2015 году до 145,1 млн руб. в 2016 году (666,0 тыс. руб.), что в относительном выражении составляет 82,1%, а также отсутствие дефицита бюджета в утвержденном Законе о бюджете ТФОМС Пермского края на 2017 год. Таким образом, в течение 2013-2016 гг. бюджет ТФОМС Пермского края является дефицитным, несмотря на тенденцию ежегодного превышения фактически полученных доходов над запланированными.

Для выявления причин возникновения проблем в бюджете территориального фонда проведем детальный анализ источников поступления доходов бюджета и статей расходования средств. Рассмотрим основные статьи доходов ТФОМС Пермского края (таблица 5). На основании представленных расчетов, можем отметить следующее.

¹ Составлено автором

Таблица 5 – Источники формирования доходов бюджета ТФОМС Пермского края в 2013-2019 гг., тыс. руб.¹

Год		Доходы, всего	Субвенции ФФОМС на выполнение ТП ОМС в рамках базовой программы ОМС	На единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам	На доп. финансовое обеспечение оказания специализированной, в т.ч. ВМП, включенной в базовую программу ОМС	На доп. финансовое обеспечение ТП ОМС	Субвенции из краевого бюджета на доп. финансовое обеспечение реализации ТП ОМС в части базовой программы ОМС	Межбюджетные трансферты из бюджета края на финансовое обеспечение доп. видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС	Прочие межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам ТФОМС	Прочие доходы	Возврат остатков межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из бюджета ТФОМС
2013	Закон	20 491 902,0	18 686 275,0	49 000,0	–	–	1 436 681,3	316 713,0	–	154895,2	-102 663,2
	Исполнено	20 870 391,7	19 053 473,4	45 500,0	–	–	1 436 681,3	316 713,7	–	168279,8	-104 756,5
	Отклонение	378 489,7	367 198,4	-3 500,0	–	–	0,0	0,7	–	13 384,6	- 2 093,3
2014	Закон	23 148 702,2	21 383 904,3	25 500,0	–	–	1 309 960,7	312 143,7	100 000,0	21 144,0	-3 950,5
	Исполнено	23 156 766,1	21 383 904,3	25 500,0	–	–	1 309 960,7	312 143,7	105 177,8	24 782,6	-4 703,0
	Отклонение	8 063,9	0,0	0,0	–	–	–	0,0	5 177,8	3 638,6	- 752,5
2015	Закон	24 387 278,4	24 870 309,0	25 000,0	–	–	–	29 886,4	94 999,8	26 440,9	-659 357,7
	Исполнено	24 787 850,4	25 051 810,0	36 500,0	–	164 021,6	–	29 886,4	126 675,2	41 323,4	-662 366,2
	Отклонение	599 428,0	181 501,0	11 500,0	–	164 021,6	–	0,0	31 675,4	14 882,5	- 3 008,5
2016	Закон	25 338 324,5	25 168 151,4	38 400,0	215 312,5	–	–	–	140 000,0	29 054,2	-252 757,5
2017	Закон	27 824 256,7	27 674 256,7	–	–	–	–	–	150 000,0	–	–
2018	План	30 767 849,5	30 767 849,5	–	–	–	–	–	–	–	–
2019	План	32 362 075,4	32 362 075,4	–	–	–	–	–	–	–	–

¹ Составлено автором по: [5-12; 42]

Основным источником формирования доходов бюджета ТФОМС Пермского края с 2013 г. составляют субвенции Федерального фонда ОМС на выполнение территориальной программы ОМС в части базовой программы ОМС, которые ежегодно увеличиваются с 91% в 2013 г. до 99% в 2017 г. (рисунок 4). Постепенный прирост доли переданных субвенций из ФФОМС в ТФОМС Пермского края связан с полным переходом на одноканальную систему финансирования медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС.

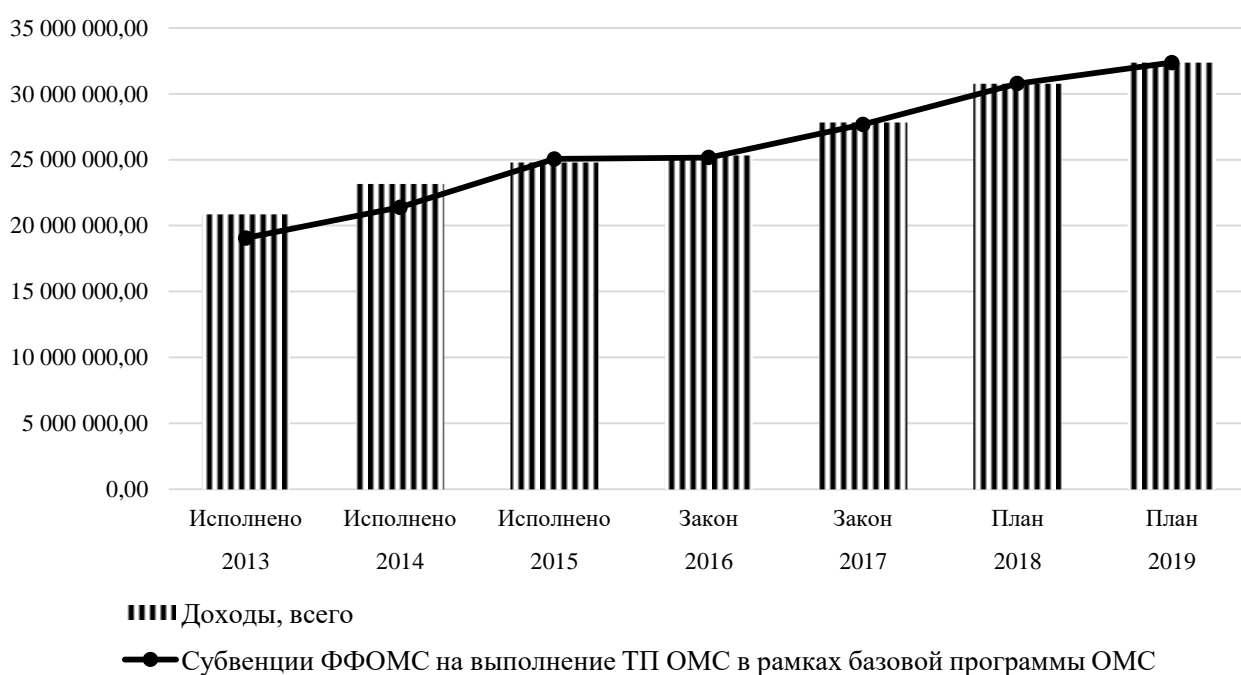


Рисунок 4 – Динамика доходов ТФОМС Пермского края в 2013-2019 гг., тыс. руб.¹

С 2013 года наблюдается снижение поступлений межбюджетных трансфертов из бюджета Пермского края как на дополнительное финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в части базовой программы ОМС, так и на финансовое обеспечение дополнительных видов оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, вплоть до прекращения финансирования ТФОМС Пермского края в 2016 году.

С начала 2015 года в базовую программу ОМС включена высокотехнологичная медицинская помощь (далее – ВМП). В связи с этим

¹ Составлено автором

наблюдается увеличение суммы субвенций ФФОМС в 2015 году на 3,67 млрд руб. На увеличение субвенций также повлиял окончательный переход на одноканальное финансирование ОМС.

Единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в 2017 году осуществляются в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим на работу или переехавшим из другого населенного пункта в 2016 и 2017 годах в сельский населенный пункт, рабочий поселок, поселок городского типа и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта РФ договор, в размере 1 млн рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2017 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету ТФОМС из бюджета ФОМС в соотношении соответственно 60 и 40 процентов [2]. Небольшую долю в общей сумме доходов составляют прочие межбюджетные трансферты, передаваемые бюджетам ТФОМС: около 0,55%.

Кроме того, стоит отметить ежегодную тенденцию возврата остатков субвенций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, из бюджета ТФОМС Пермского края в бюджет ФФОМС и краевой бюджет. Наибольшая сумма возврата остатков межбюджетных трансфертов за период 2013-2016 гг. отмечается в 2015 году в размере 662,4 млн руб. Это связано с недовыполнением объемов в условиях круглосуточного стационара на 0,04%, в амбулаторных условиях на 3,8%, в том числе стоматологии на 27,8%, а также вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) на 7,9%.

Особого внимания требует анализ суммы страховых взносов, уплаченных на ОМС работающего и неработающего населения (рисунок 5).

Размер страхового взноса для страхователей работающих граждан с 1 января 2012 года составляет 5,1% [1] от фонда оплаты труда. В течение 2013 г. страхователями перечислено страховых взносов на ОМС работающего населения в доход бюджета ФОМС 11 074,2 млн руб., что на 19,5% больше по

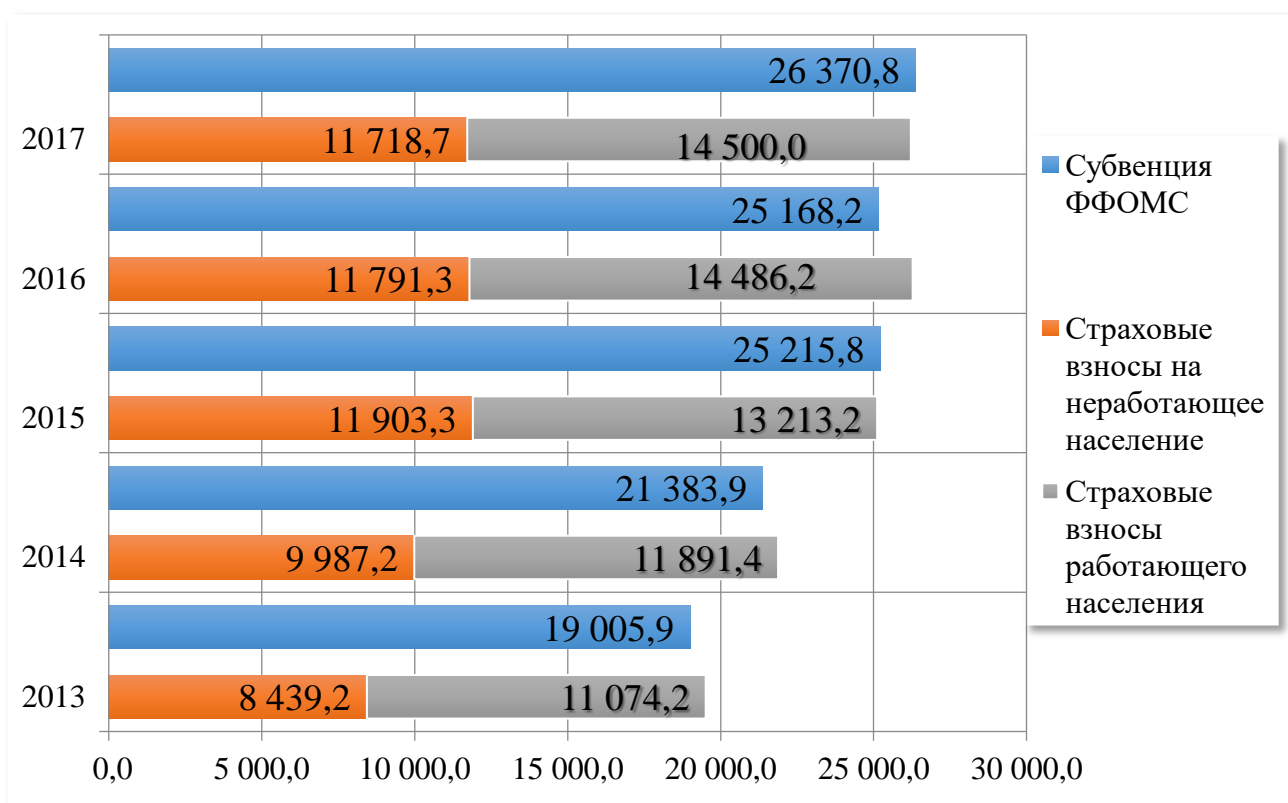


Рисунок 5 – Платежи Пермского края в ФФОМС и субвенция ФФОМС в 2013-2017 гг., млн руб. ¹

сравнению с 2012 годом (9 267,7 млн руб.). На неработающее население поступило 8 439, 2 млн руб.

В 2014 году страхователями работающих граждан было перечислено 11 891, 4 млн руб., на неработающее население Пермского края перечислено в ФФОМС 9 987, 2 млн руб. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения составляет 18 864,6 рубля [4]. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа, коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период. Коэффициент дифференциации для Пермского края составляет 0,3861.

¹ Составлено автором

На 2015 год было спрогнозировано поступлений страховых взносов на ОМС работающего населения, поступающих в ФОМС, на уровне 14,64 млрд руб. Фактически в ФОМС поступило 13,21 млрд руб. (90,4%). За 2016 год на ОМС работающего населения страхователями перечислено 14,49 млрд руб., (98,3% от плана – 14,34 млрд руб.), что на 9,7 % больше, чем в 2015 году. На ОМС неработающего населения за 2016 год перечислено 11,80 млрд руб. В целом, страхователями на ОМС работающего и неработающего населения за 2016 год уплачено 26,26 млрд руб. страховых взносов.

Стоит также отметить изменения в законодательстве в части администрирования платежей страхователей за работающее население. Так, с 1 января 2017 года администратором страховых взносов на ОМС работающего населения являются налоговые органы, которые предоставляют сведения территориальные фонды в порядке, установленном соглашением об информационном обмене, утверждаемым федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, и Федеральным фондом. Ранее эту функцию осуществлял Пенсионный фонд РФ.

Перейдем к рассмотрению расходов ТФОМС Пермского края. На основании таблицы 6 проанализируем основные статьи расходов бюджета ТФОМС Пермского края.

Анализ представленных данных позволил сформулировать следующие выводы. Расходы бюджета ТФОМС Пермского края в 2013 – 2014 гг. исполнены не в полном объеме: в 2013 г. – 94,69% утвержденного бюджета, в 2014 г. – 98,1% от плановых показателей. Данная тенденция, главным образом, связана с наличием дефицита бюджета ТФОМС Пермского края, который предполагает сокращение расходов. Стоит отметить, что в 2013 году в состав расходов по здравоохранению входили статьи, связанные с завершением расчетов с медицинскими организациями, проводившими в 2012 г. диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и

Таблица 6 – Динамика исполнения расходов бюджета ТФОМС Пермского края в 2013-2019 гг., тыс. руб. ¹

Год	Расходы, всего	Здравоохранение						Общегосударственные вопросы			Единновременные компенсационные выплаты медицинским работникам
		Всего	Финансовое обеспечение организации ОМС в Пермском крае	Межбюджетные трансферты бюджетам ТФОМС, не установленные базовой программой ОМС	Финансовое обеспечение ТП ОМС за счет полученных недоимок по взносам, начисленным пеням и штрафам, доходов от размещения временно свободных средств, иных источников	Иные межбюджетные трансферты на дополнительное финансовое обеспечение ТП ОМС	Расходы на выплаты персоналу	Закупка товаров, работ и услуг для нужд ТФОМС Пермского края	Иные бюджетные ассигнования		
2013	Закон	22 135 732,1	21 972 399,6	21 479 061,2	316 713,7	-	-	74 212,7	38 595,8	1 524,0	49 000,0
	Исполнено	20 960 109,3	20 800 922,3	20 307 583,9	316 713,7	-	-	83 306,1	28 921,9	1 459,0	45 500,0
	Отклонение	- 1 175 622,8	- 1 171 477,3	-1 171 477,3	0,0	-	-	9 093,4	- 9 673,9	- 65,0	- 3 500,0
2014	Закон	25 148 526,6	24 991 533,2	24 991 533,2	-	-	-	87 635,8	41 957,6	1 900,0	25 500,0
	Исполнено	24 660 505,1	24 505 111,8	24 505 111,8	-	-	-	100 603,0	27 791,1	1 499,2	25 500,0
	Отклонение	- 488 021,5	- 486 421,4	- 486 421,4	-	-	-	12 967,2	- 14 166,5	- 400,8	0,0
2015	Закон	25 443 484,9	25 284 307,8	25 229 822,5	29 886,4	24 598,9	-	88 910,1	43 067,0	2 200,0	25 500,0
	Исполнено	25 598 984,2	25 428 573,5	25 210 091,9	29 861,1	24 598,9	164 021,6	104 524,8	27 823,6	1 562,3	36 500,0
	Отклонение	155 499,3	144 265,7	-19 730,6	- 25,3	0,0	164 021,6	15 614,7	- 15 243,4	- 637,7	11 000,0
2016	Закон	25 483 459,0	25 300 342,8	24 576 095,1	-	18 935,2	340 000,0	105 134,1	37 682,1	1 900,0	38 400,0
2017	Закон	27 824 256,7	27 676 806,7	27 316 806,7	-	-	360 000,0	106 351,9	39 098,1	2 000,0	0,0
2018	План	30 767 849,5	30 620 219,6	30 620 219,6	-	-	-	106 351,9	39 278,0	2 000,0	-
2019	План	32 362 075,4	32 214 264,7	32 214 264,7	-	-	-	106 351,9	39 458,8	2 000,0	-

¹ Составлено автором по: [5-12]

дополнительную диспансеризацию работающих граждан. Сумма по данным статьям составила 3 177,2 тыс. руб. (0,015% от общих расходов по здравоохранению).

Также в 2013 году завершились расчеты, производимые в рамках реализации программы модернизации здравоохранения субъектов РФ в части внедрения стандартов медицинской помощи, повышения доступности амбулаторной медицинской помощи, которые составили 173 447,5 тыс. руб. (0,83% в структуре расходов ТФОМС Пермского края).

С 2015 года исполнение расходов превысило утвержденные законом значения на 0,61% и составило 25 598 млн руб. Это связано с дополнительными межбюджетными трансфертами на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в размере 164 021,6 тыс. руб.

Стоит отметить, что, помимо перечисленных в таблице 3 статей расходов в 2016 году, в состав входят:

- финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования за счет средств нормированного страхового запаса ТФОМС Пермского края: 150 000,0 тыс. руб.;

- дополнительное финансовое обеспечение оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС федеральных государственных учреждений: 215 312,5 тыс. руб.

Расходы на финансирование территориальной программы ОМС ежегодно увеличиваются. Наибольший прирост наблюдается в 2014 г. (20,67%). В целом, расходы ТФОМС за период с 2013 г. по 2017 г. увеличились в абсолютном выражении на 6,86 млн руб. (32,75%). Удельный вес расходов на здравоохранение в Пермском крае в общей сумме расходов с 2013 года по 2017 год увеличился с 97% до 99% (рисунок 6). Согласно утвержденному бюджету на 2017 год плановые показатели расходов бюджета ТФОМС Пермского края

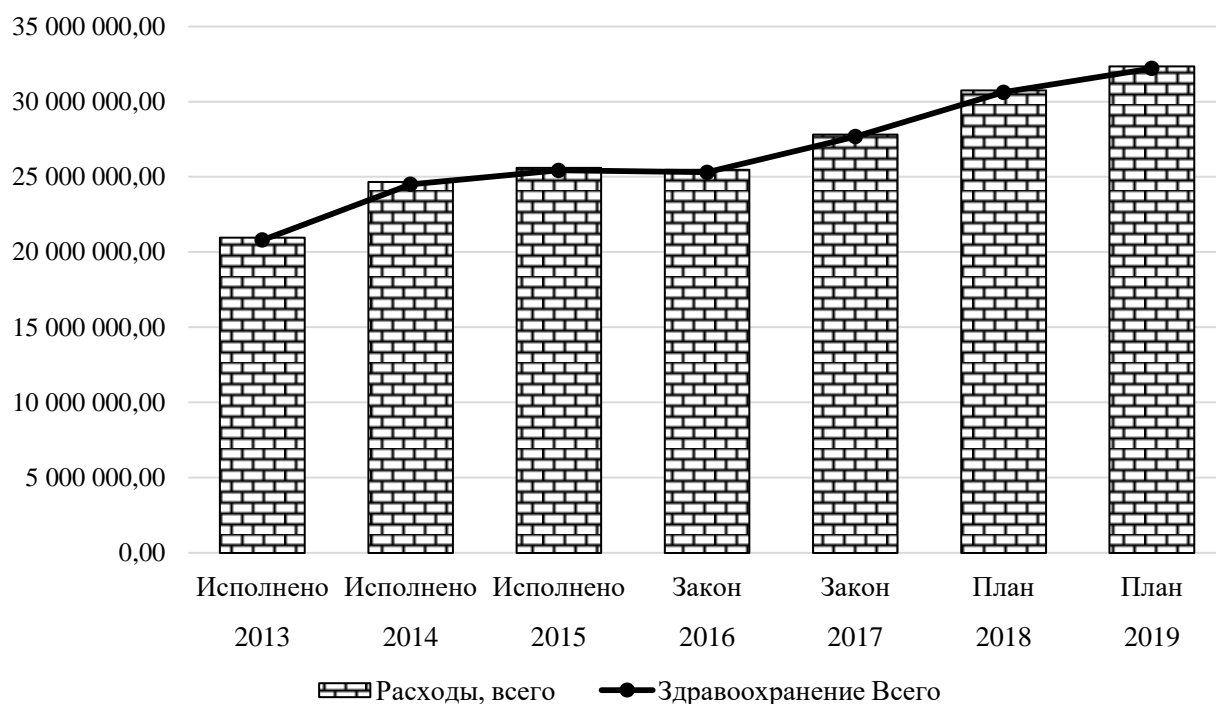


Рисунок 6 – Динамика расходов ТФОМС Пермского края в 2013-2019 гг., тыс. руб.¹

на финансовое обеспечение организации ОМС в Пермском крае увеличатся до 27 316,81 млн руб., что в относительном значении составляет на 11,15% больше, чем в 2016 году.

Доля расходов на общегосударственные вопросы в общей сумме расходов в течение 2013-2017 гг. остается на уровне 0,53-0,57 %. Расходы на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций на 1 застрахованное лицо составляют: 2016 г. – 54,71 руб., 2017 г. – 54,40 руб., 2018 г. – 54,47 руб., 2019 г. – 55,53 руб.

Говоря о расходах ТФОМС Пермского края, проанализируем структуру медицинской помощи и финансовых средств в 2015-2017 гг. в рамках Территориальных программ ОМС Пермского края в этот период на основании таблицы 7. Основная доля финансовых средств, выделяемых медицинским организациям в рамках территориальной программы ОМС, приходится на круглосуточный стационар – 48%, на амбулаторную помощь приходится около 37%, из которых 77% составляют подушевое финансирование, на дневные

¹ Составлено автором

Таблица 7 – Структура медицинской помощи и финансовых средств в 2015-2017 гг., млн руб.¹

№ п/п	Наименование условия оказания медицинской помощи	2015	2016	2017 (план)
1	Стоимость территориальной программы ОМС	25 713,50	24 922,00	25 984,00
2	Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе: - подушевое финансирование	9 465,82 7 312,10	9 215,61 7 130,61	9 684,29 7 088,84
3	Дневные стационары всех типов, в том числе: - гемодиализ - ЭКО	1 921,09 533,42 112,97	2 075,91 589,80 55,25	2 119,94 556,36 111,11
4	Круглосуточные стационары, в том числе: - специализированная медицинская помощь - ВМП	12 410,51 11 458,09 952,42	11 851,33 10 485,10 1 366,26	12 400,12 10 680,67 1 719,45
5	Скорая медицинская помощь, в том числе: - подушевое финансирование - вызов (тромболизис)	1 921,09 1 899,17 21,92	1 779,20 1 757,68 21,52	1 779,20 1 757,70 21,50

стационары – 8%, на скорую медицинскую помощь – 7%.

Стоит отметить, что амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого технологического процесса оказания медицинской помощи: поликлиника-стационар-учреждения восстановительного лечения. Как правило, пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники. В случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации. В связи с этим целесообразно оценить состояние амбулаторной помощи, оказываемой медицинскими организациями Пермского края. Для этого проанализируем сведения о выполнении объемов амбулаторной медицинской помощи медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования

¹ Составлено автором по: [49]

Пермского края в 2013-2017 гг., представленных в таблице 8.

Таблица 8 – Динамика выполнения объемов амбулаторной помощи медицинскими организациями на территории Пермского края в 2013-2017 гг., тыс. руб.¹

Год	Стоимость АПП, установленная Комиссией на год	Принято к оплате с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам			
		Всего по амбулаторной МП	с профилактической целью	по неотложной медицинской помощи	по заболеванию
2013	8 639 640,60	7 422 285,89	1 982 918,00	361 873,50	5 077 494,40
2014	9 018 473,80	9 242 992,35	3 005 427,03	431 975,04	5 771 773,48
2015	9 064 842,40	9 465 818,88	5 897 733,87	153 143,15	3 414 941,86
2016	9 215 605,10	8 871 118,31	4 804 670,88	139 364,63	3 927 082,80
2017 (план)	9 684 287,70	9 684 287,70	2 698 459,50	799 472,60	6 186 355,60

Представленные показатели позволяют сформировать следующие выводы. Средства, фактически направленные на оплату медицинской помощи, оказанной в 2013 году в амбулаторных условиях, не превысили плановых значений и составили 85,91%. В 2014-2015 гг. объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях застрахованным лицам, принятый к оплате превышает стоимость медицинской помощи, установленную Комиссией по разработке территориальной программы ОМС на 2,50% в 2014 году и 5,87% в 2015 году. Выполнение объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках ТП ОМС за 2016 составило 96,26%. Плановые объемы амбулаторной помощи, установленные на 2017 год, превышают выполненные объемы на 5,09%.

Стоит также отметить, что в период 2013-2016 гг. наблюдалось увеличение доли амбулаторной помощи с профилактической целью в общих расходах на помощь, оказанную в амбулаторных условиях, с 26,72% в 2013 году до 62,31% в 2015 году, и 54,16% в 2016 году. В 2017 году доля планового объема амбулаторной помощи, оказанной с профилактической целью,

¹ Составлено автором по: [49]

снизилась до 27,77%, по заболеванию увеличилась до 63,88%, а объемы на неотложную медицинскую помощь увеличились почти в 6 раз.

Рассмотрим структуру медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями Пермского края в амбулаторно-поликлинических условиях.

Согласно Тарифному соглашению на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов при оплате амбулаторной медицинской помощи применяются следующие способы оплаты:

- по подушевому нормативу финансирования медицинских организаций-фондодержателей за медицинскую услугу, за посещение, за законченный случай с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций:

а) на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи;

б) на не прикрепившихся лиц – в случаях оказания неотложной помощи и оказания медицинской помощи новорожденным в возрасте до 1 месяца, получающим медицинскую помощь до оформления полиса ОМС по полису матери или другого законного представителя [54];

К медицинским организациям-фондодержателям Пермского края относятся учреждения здравоохранения и организации частной формы собственности, имеющие прикрепившихся лиц: поликлиники (для взрослых, детей), поликлинические отделения в составе медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики. По состоянию на 01.06.2017 в реестр медицинских организаций Пермского края включено 90 таких организаций [49].

- за единицу объема медицинской помощи – посещение, обращение (законченный случай), медицинскую услугу при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

Подушевой норматив финансирования включает средства на оплату собственной деятельности МО-ФД и средства на оплату внешних услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепившимся к МО-ФД лицам.

Финансовое обеспечение МО-ФД на основе подушевого норматива на прикрепившихся к МО-ФД застрахованных лиц определяется по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитанным для каждой МО-фондодержателя.

При расчете объема финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи по подушевым нормативам не учитываются средства на оплату [54]:

- медицинской помощи, оказанной в стоматологических отделениях (кабинетах, поликлиниках);
- законченных случаев всех видов диспансеризаций и профилактических осмотров;
- медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья;
- консультаций врачами мобильных Центров здоровья и выездных поликлиник;
- телемедицинских консультаций;
- диализа в амбулаторных условиях (с 01.01.2017);
- случаев оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров в части консультирования и диагностики пациентов, получающих лечение в условиях стационара других МО, с целью исключения острого нарушения мозгового кровообращения и/или острого коронарного синдрома.

На основании таблицы 9 рассмотрим структуру амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и финансовых средств в 2015-2017 гг. Объем финансовых средств, направленных на оплату амбулаторной помощи в течение 2015-2017 гг., увеличился на 2,31%, при этом объем подушевого финансирования снизился на 3,05%. Это связано со снижением численности

Таблица 9 – Структура амбулаторной медицинской помощи и финансовых средств в 2015-2017 гг., тыс. руб.¹

Структура медицинской помощи	2015	2016	2017
Всего по АПП	9 465 818,88	9 215 605,10	9 684 287,70
Подушевое финансирование	7 312 097,65	7 130 614,04	7 088 843,58
Стоматология	1 209 053,55	1 065 717,24	1 097 068,48
Диспансеризация	485 087,91	529 330,30	804 025,33
Профилактические осмотры	390 040,20	417 362,62	488 291,50
Центры здоровья	69 539,57	72 580,91	73 297,19
Диализ	-	-	132 761,62

застрахованных по ОМС лиц на 40 293 человек (1,48%). Значительно повысился объем финансовых средств, направленных на оплату диспансеризации и профилактических осмотров, на 65,75% и 25,13% соответственно. Кроме того, с 01.01.2017 медицинские организации могут оказывать услуги диализа в амбулаторных условиях. До 2017 года диализ оказывался в условиях дневного стационара.

Таким образом, увеличение объема финансовых средств на профилактические мероприятия в течение трех лет свидетельствует об упоре в здравоохранении Пермского края на профилактику заболеваний. Данная тенденция представляется корректной и логичной, поскольку предупреждение заболевания в несколько раз дешевле его лечения.

2.2 МЕХАНИЗМ СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ- ФОНДОДЕРЖАТЕЛЕЙ

ТФОМС Пермского края реализован механизм стимулирования медицинских организаций, распространяющийся только на фондодержателей. Финансовое содержание механизма стимулирования закреплено в Тарифном соглашении на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов.

¹ Составлено автором по: [49]

Пунктом 3 Методики определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях установлено, что размер выплат за достижение показателей результативности деятельности МО составляет не более 3% от базового (среднего) подушевого норматива финансирования МО-ФД [54].

Выплаты за достижение показателей результативности деятельности МО-ФД осуществляются ежеквартально в соответствии с Перечнем показателей результативности деятельности МО и критериев их оценки, включая целевые значения.

Расчет показателей результативности деятельности МО проводится ТФОМС Пермского края по итогам деятельности МО-ФД за квартал, на основании следующей информации:

- реестров счетов о выполненных объемах, предоставленных МО-ФД;
- сведений о постановке на диспансерный учет застрахованных лиц, прикрепленных к МО-ФД, предоставленной МО-ФД;
- плановых значениях прикрепленного населения, подлежащего вакцинации против гриппа, предоставленных Министерством здравоохранения Пермского края;
- количестве смерти детей и лиц трудоспособного возраста, предоставленной Министерством здравоохранения Пермского края.

Перечень показателей результативности деятельности МО-ФД представлен в приложении А. Выплаты стимулирующего характера расходуются медицинскими организациями на оплату труда медицинским работникам, оказывающим помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.

Рассмотрим сумму стимулирующих выплат, которая была выплачена медицинским организациям-фондодержателям в 2015-2017 гг. (таблица 10). Анализ общей суммы стимулирующих выплат МО-ФД в 2015-2016 гг. свидетельствует об их снижении в 2016 году по отношению к 2015 г. на 21,5%.

Таблица 10 – Стимулирующие выплаты МО-ФД за достижение показателей результативности деятельности в 2015-2017 гг., тыс. руб. ¹

Квартал	2015		2016		2017 (расчет)	
	Количество МО-ФД, получивших выплату	Размер выплат	Количество МО-ФД, получивших выплату	Размер выплат	Количество МО-ФД, которым полагается выплата	Размер выплат
1	111	30 977,22	81	20 845,49	89	7 283,95
2	110	43 784,12	94	28 566,26	-	-
3	93	35 041,71	94	27 448,34	-	-
4	82	23 295,35	93	27 620,06	-	-
За год	-	133 098,40	-	104 480,15	-	-

Данная тенденция связана с увеличением выполнения большей части целевых показателей с 90% до 100%, а также с утверждением в 2016 году нескольких новых показателей, достичь которых МО-ФД достаточно сложно [53]:

- охват диспансерным наблюдением взрослого населения, страдающего хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза: более 2-х обращений за амбулаторно-поликлинической помощью и/или госпитализация в круглосуточный или дневной стационар с диагнозом: при заболеваниях системы кровообращения: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49; при заболеваниях органов дыхания: J45; при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26, при заболеваниях мочеиспускательной системы: N18; при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10, в том числе, установленных по результатам диспансеризации населения, от общего количества пациентов с данной патологией, при условии достижения целевого значения показателя, согласно п. 1.2, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу;

¹ Составлено автором по: [50-52]

- качество проведения диспансерного наблюдения лиц, находящихся на диспансерном учете более года, с момента постановки на диспансерный учет, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, получивших медицинскую помощь в соответствие со стандартом оказания медицинской помощи согласно приказов Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения», от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» при условии достижения целевого значения показателей согласно п.п. 1.7, 1.8, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу.

Количество МО-ФД, получивших стимулирующие выплаты, в 2016 году снизилось по отношению к 2015 году. Это связано с реорганизацией медицинских организаций, проводимой в июле и ноябре 2015 года.

Во 2 квартале 2016 года был изменен перечень показателей результативности деятельности МО-ФД в части введения новых показателей (1.1., 1.2., 1.7., 1.8., 2.1., 2.4., 2.5., 3.1., 3.2., 3.7., 3.8. в Приложении А) и отмены нескольких утвержденных ранее:

- охват диспансеризацией взрослого населения от числа подлежащих;
- охват несовершеннолетних медицинскими осмотрами, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них (далее – МОН), от числа подлежащих;
- охват прикрепленного населения вакцинацией против пневмококковой инфекции.

В 2017 году перечень показателей результативности деятельности МО-ФД и критерии их оценки по сравнению с 2016 годом не изменился. Однако изменился порядок осуществления выплат МО-ФД за достижение показателей результативности деятельности в части размера выплат, который составляет не

более 3% от базового (среднего) подушевого норматива финансирования МО-ФД против 10% в 2015-2016 гг. Это послужило снижению суммы стимулирующих выплат, рассчитанных по результатам деятельности МО-ФД в 1 квартале 2017 года по отношению к 2016 году того же периода, почти в 3 раза.

Рассмотрим порядок расчета показателей результативности деятельности МО-ФД [17]. Показатель «Охват диспансерным наблюдением взрослого населения, страдающего хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза: более 2-х обращений за амбулаторно-поликлинической помощью и/или госпитализация в круглосуточный или дневной стационар с диагнозом: при заболеваниях системы кровообращения: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49; при заболеваниях органов дыхания: J45; при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26, при заболеваниях мочепускающей системы: N18; при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10, в том числе, установленных по результатам диспансеризации населения, от общего количества пациентов с данной патологией при условии достижения целевого значения показателя согласно п. 1.2, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу» рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по формуле (2):

$$K1 = \frac{V_{\text{ДН}}}{V_{\text{ВО}}} \times 100\%, \quad (2)$$

где $V_{\text{ДН}}$ – объем лиц, впервые поставленных на диспансерное наблюдение в отчетный период при соблюдении критериев подтверждения диагноза: более 2 обращений за амбулаторно-поликлинической помощью и/или госпитализация в круглосуточный или дневной стационар с диагнозом:

- при заболеваниях системы кровообращения: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49;

- при заболеваниях органов дыхания: J45;
- при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26;
- при заболеваниях мочепускающей системы: N18;
- при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10.

V_{во} – объем лиц, впервые обратившихся за медицинской помощью в отчетный период с диагнозами по следующим кодам классификации: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49;

- при заболеваниях органов дыхания: J45;
- при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26;
- при заболеваниях мочепускающей системы: N18;
- при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10.

Показатель «Качество проведения диспансерного наблюдения лиц, находящихся на диспансерном учете более года, с момента постановки на диспансерный учет, страдающих хроническими заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, получивших медицинскую помощь в соответствие со стандартом оказания медицинской помощи согласно приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения», при условии достижения целевого значения показателей согласно п.п. 7, 8, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу» рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по формуле (3):

$$K2 = V_{пп} / V_{сд} \times 100\%, \quad (3)$$

где V_{пп} – объем лиц, получивших медицинскую помощь в полном объеме в соответствие со стандартами оказания медицинской помощи,

V_{сд} – объем лиц, подлежащих диспансерному учету, по следующим кодам классификации:

- при заболеваниях системы кровообращения: I47, I27, I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I25.2, I50, I48;

- при заболеваниях органов дыхания: J45;
- при заболеваниях органов пищеварения: K25, K26, K20, K21.0;
- при заболеваниях мочепускающей системы: N18;
- при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10.

Показатель «Охват флюорографическим исследованием населения от числа подлежащих в текущем году» рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по формуле (4):

$$K3 = V_{\text{оф}} / V_{\text{фп}} \times 100\%, \quad (4)$$

где $V_{\text{оф}}$ – объем лиц, прошедших флюорографическое исследование в отчетном квартале по данным реестров счетов. В реестры счетов МО-ФД должны быть включены следующие услуги:

- А05.09.001 Магнитно-резонансная томография легких;
- А06.09.001 Рентгеноскопия легких;
- А06.09.006 Флюорография легких;
- А06.09.006.001 Флюорография легких цифровая;
- А06.09.007 Рентгенография легких;
- А06.09.007.002 Рентгенография легких цифровая;
- А06.09.008 Томография легких;
- А06.09.006.999.001 Флюорография легких (мобильная установка);

$V_{\text{фп}}$ – объем лиц, подлежащих флюорографическому исследованию по плану, утвержденному Министерством здравоохранения Пермского края в отчетном квартале.

Охват рентгенологическим исследованием молочных желез (маммографией) от числа подлежащих в текущем году рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по формуле (5):

$$K4 = V_{\text{мф}} / V_{\text{мп}} \times 100\%, \quad (5)$$

где $V_{\text{мф}}$ – объем лиц, прошедших маммографию в отчетном квартале по данным реестров счетов:

- А06.20.004 Маммография;
- А06.20.004.999.001 Маммография (мобильная установка);

$V_{мп}$ – объем лиц, подлежащих маммографии по плану, в отчетном квартале.

Охват профилактическими осмотрами гинекологом с исследованием мазков на цитологию от числа подлежащих в текущем году рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по формуле (6):

$$K5 = V_{гф} / V_{гп} \times 100\%, \quad (6)$$

где $V_{гф}$ – объем лиц, прошедших профилактический гинекологический осмотр с исследованием мазков на цитологию в отчетном квартале по данным реестров счетов:

- А08.20.004 Цитологическое исследование аспирата из полости матки;
- А08.30.007.999 Цитологическое исследование мазка с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала;

$V_{гп}$ – объем лиц, подлежащих профилактическому гинекологическому осмотру с исследованием мазков на цитологию по плану, установленному Министерством здравоохранения Пермского края в отчетном квартале.

Показатель «Количество обоснованных жалоб по данным СМО и ТФОМС Пермского края» рассчитывается ежеквартально и только в том случае, если у МО-ФД в отчетном квартале не было не одной обоснованной жалобы.

Доля вызовов СМП населением, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза согласно К1, в течение отчетного периода, по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологических заболеваний от числа лиц, подлежащих диспансерному

наблюдению, рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по следующей формуле (7):

$$K7 = V_{\text{СМП}} / V_{\text{СМПП}} \times 100\%, \quad (7)$$

где $V_{\text{СМП}}$ – объем вызовов СМП в течение отчетного периода, по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологических заболеваний от числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению по данным реестров счетов с диагнозами по следующим кодам классификации:

- при заболеваниях системы кровообращения: I46, I47.0, I47.1, I47.2, I47.9, I48, I49, I49.8, I50.0, I50.1, I20, I20.0, I21, I22, I24.0, I25, I26, I26.9, I63, I65, I66, I79.2, K55, H34, R04, N18, N28;

- при заболеваниях органов дыхания: J46;

- при заболеваниях органов пищеварения: K25.0, K25.1, K25.2, K25.3, K26.0, K26.1, K26.2, K26.3;

- при заболеваниях мочепускающей системы: N18.0;

- при заболеваниях эндокринной системы: E11.0, E10.0, N08.3, M14.2, I79.2, H35.

$V_{\text{СМПП}}$ - объем лиц, подлежащих диспансерному учету с начала года.

Доля экстренных госпитализаций пациентов, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза согласно К1, в течение отчетного периода, подлежащих диспансерному учету с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по формуле (8):

$$K7 = V_{\text{ЭГ}} / V_{\text{СП}} \times 100\%, \quad (8)$$

где $V_{эг}$ – объем лиц, экстренно госпитализированных в течение отчетного периода, предшествующего отчетному периоду по данным реестров счетов с диагнозами по следующим кодам классификации:

- при заболеваниях системы кровообращения: I46, I47.0, I47.1, I47.2, I47.9, I48, I49, I49.8, I50.0, I50.1, I20, I20.0, I21, I22, I24.0, I25, I26, I26.9, I63, I65, I66, I79.2, K55, H34, R04, N18, N28;

- при заболеваниях органов дыхания: J46;

- при заболеваниях органов пищеварения: K25.0, K25.1, K25.2, K25.3, K26.0, K26.1, K26.2, K26.3;

- при заболеваниях мочеиспускательной системы: N18.0;

- при заболеваниях эндокринной системы: E11.0, E10.0, N08.3, M14.2, I79.2, H35.

$V_{сп}$ – объем лиц, подлежащих диспансерному учету с начала года.

Показатель «Количество случаев смерти детей и подростков и лиц трудоспособного возраста (исключая смерть от неуправляемых причин)» рассчитывается поквартально, передается ежеквартально в персонифицированном виде Министерством здравоохранения Пермского края. Выплаты МО-ФД осуществляются при отсутствии летальности прикрепленных застрахованных лиц в отчетном квартале.

Охват прикрепленного населения вакцинацией против гриппа рассчитывается нарастающим итогом с начала года и определяется по формуле (9):

$$K7 = V_{вф} / V_{вп} \times 100\%, \quad (9)$$

где $V_{вф}$ – объем лиц, вакцинированных против гриппа в отчетном периоде;

$V_{вп}$ – объем лиц, подлежащих вакцинации по плану, утвержденному Министерством здравоохранения Пермского края в отчетном периоде.

Оценку эффективности производимых стимулирующих выплат следует начать с анализа медицинских организаций-лидеров и аутсайдеров по сумме выплат (таблица 11).

Таблица 11 – Перечень МО-ФД, на которые приходятся наибольшие стимулирующие выплаты в 2015-2017 году¹

Год/ квартал	Наименование	Сумма выплат, руб.	Доля в общей сумме выплат, %	
2015 год	1 квартал	ГБУЗ ПК «ГДКП № 6»	1 599 414,36	5,16
		ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ»	1 432 599,27	4,62
		ГБУЗ ПК «ДГП № 10»	1 313 676,95	4,24
		ГБУЗ ПК «ЦРБ ПМР»	1 086 365,09	3,51
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	1 009 961,73	3,26
		<i>Итого:</i>	<i>6 442 017,40</i>	<i>20,80</i>
	2 квартал	ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	2 730 615,02	6,24
		ГБУЗ ПК «ДГП № 10»	2 692 885,22	6,15
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 6»	2 632 977,71	6,01
		ГБУЗ ПК «ГДП № 4»	1 834 893,54	4,19
		ГБУЗ ПК «ДГБ г. Березники»	1 294 540,51	2,96
		<i>Итого:</i>	<i>11 185 912,00</i>	<i>25,55</i>
	3 квартал	ГБУЗ ПК «ГДКП № 5»	2 863 091,61	8,17
		ГБУЗ ПК «ДКБ им. Пичугина П.И.»	2 548 519,89	7,27
		ГБУЗ ПК «ГДП № 4»	1 674 702,93	4,78
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	1 542 604,51	4,40
		ГБУЗ ПК «ГДП № 3»	1 217 611,69	3,47
		<i>Итого:</i>	<i>9 846 530,63</i>	<i>28,10</i>
	4 квартал	ГБУЗ ПК «ДКБ им. Пичугина П.И.»	1 585 711,93	6,81
		ГБУЗ ПК «ГДП № 4»	1 358 298,23	5,83
		ГБУЗ ПК «ГДП № 3»	1 074 302,45	4,61
ГБУЗ ПК «ДГБ г. Березники»		1 022 628,59	4,39	
ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»		883 547,14	3,79	
<i>Итого:</i>		<i>5 924 488,34</i>	<i>25,43</i>	
2016 год	1 квартал	ГБУЗ ПК «ГДКП № 5»	1 953 552,44	9,37
		ГБУЗ ПК «ДГБ г. Березники»	1 321 023,40	6,34
		ГБУЗ ПК «ГП № 2»	1 014 357,91	4,87
		ГБУЗ ПК «ДКБ им. Пичугина П.И.»	947 238,02	4,54
		ГБУЗ ПК «Чайковская ГП № 1»	875 220,67	4,20
		<i>Итого:</i>	<i>6 111 392,43</i>	<i>29,32</i>
	2 квартал	ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	1 494 322,70	5,23
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 5»	1 295 777,43	4,54
		ГБУЗ ПК «ГКП № 5»	880 364,96	3,08
		ГБУЗ ПК «Чернушинская РБ»	869 493,10	3,04
		ГБУЗ ПК «Чусовская РП»	835 655,75	2,93
		<i>Итого:</i>	<i>5 375 613,94</i>	<i>18,82</i>
	3 квартал	ГБУЗ ПК «ГП № 2»	1 113 900,39	4,06
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	1 015 020,89	3,70
		ГБУЗ ПК «ГКП № 5»	860 341,94	3,13
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 5»	860 006,59	3,13
		ГБУЗ ПК «Краснокамская ЦРП»	793 241,84	2,89
		<i>Итого:</i>	<i>4 642 511,66</i>	<i>16,91</i>

¹ Составлено автором по: [50-52]

Окончание таблицы 11

Год/ квартал	Наименование	Сумма выплат, руб.	Доля в общей сумме выплат, %	
	4 квартал	ГБУЗ ПК «ГДП № 4»	1 108 182,96	4,01
		ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ»	1 052 286,59	3,81
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	1 026 590,92	3,72
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 5»	877 884,66	3,18
		ГБУЗ ПК «ГКП № 5»	867 667,20	3,14
		<i>Итого:</i>	<i>4 932 612,32</i>	<i>17,86</i>
2017 год	1 квартал	ГБУЗ ПК «ГП № 2»	340 943,78	4,68
		ГБУЗ ПК «ДКБ им. Пичугина П. И.»	328 475,05	4,51
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	315 620,67	4,33
		ГБУЗ ПК «ГДКП № 5»	269 250,00	3,70
		ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ»	239 790,19	3,29
		<i>Итого:</i>	<i>1 494 079,70</i>	<i>20,51</i>

Представленные сведения позволят выявить, на МО-ФД с каким признаком прикрепления рассчитаны выплаты.

Представленные данные позволяют сделать вывод о том, что наибольшие стимулирующие выплаты приходятся на детские больницы и поликлиники города Перми (95% от МО с наибольшими выплатами в 2015 году и 55% в 2016 году). В отдельные отчетные периоды доля выплат медицинским организациям с прикрепленным детским населением достигала 8-9% от общей суммы выплат, что свидетельствует о значительном дифференцировании медицинских организаций. Увеличение доли взрослых поликлиник, на которые приходятся наибольшие стимулирующие выплаты в 2016 году, связано с достижением ими следующих показателей:

- отсутствие обоснованных жалоб по данным СМО и ТФОМС;
- охват диспансеризацией взрослого населения от числа подлежащих;
- охват профилактическими осмотрами гинекологов с исследованием мазков на цитологию от числа подлежащих;
- доля вызовов скорой медицинской помощи населением, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев

подтверждения диагноза, в течение квартала, предшествующего отчетному периоду, по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологических заболеваний от числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению;

- доля экстренных госпитализаций пациентов, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза, в течение квартала, предшествующего отчетному периоду, подлежащих диспансерному учету с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями.

Наименьшие стимулирующие выплаты и их отсутствие в 2015-2016 гг. характерны, в основном, для МО-ФД с небольшим количеством прикрепленного населения, например, ООО Медицинская компания «УралМед» (по состоянию на 01.04.2015 прикреплено 12 142 человека), ГБУЗ ПК «ДГП г. Кудымкара» (по состоянию на 01.04.2015 прикреплено 7 818 человек, на 01.04.2016 – 7 852 человека). Кроме того, показатели результативности тяжело достигаются отдаленными районными больницами: ГБУЗ ПК «Гремячинская ЦРБ», ГБУЗ ПК «Кудымкарская ЦРБ», ГБУЗ ПК «Юсьвинская РБ», ГБУЗ ПК «Октябрьская ЦРБ», ГБУЗ ПК «Суксунская ЦРБ» и другие.

Механизм расчета показателей результативности деятельности МО-ФД в соответствие с действующей методикой представляется несовершенным. Перечислим основные недочеты, влияющие на сумму стимулирующих выплат МО-ФД:

- сложная достижимость показателей, связанных с охватом и качеством проведения диспансерного наблюдения застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной МО-ФД (показатели 1.1, 1.2, 2.1, 3.1, 3.2 Приложения А);

- практическая направленность показателей результативности на МО-ФД г. Перми с детским прикрепленным населением;

- небольшие суммы стимулирующих выплат и их отсутствие районным больницам.

Перечисленные несовершенства в механизме расчета выплат стимулирующего характера служат предпосылкой их пересмотра и дальнейшего анализа в данной области.

3 НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕХАНИЗМА СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

3.1 НОВАЯ МЕТОДИКА РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ-ФОНДОДЕРЖАТЕЛЕЙ

Выявленные недочеты в механизме стимулирования медицинских организаций-фондодержателей явились причиной корректировки действующей методики расчета показателей результативности деятельности МО-ФД.

Во-первых, в связи с отсутствием выплат в 2016-2017 гг. по показателям 1.2, 2.1, 3.2, указанным в Приложении А, стоит отказаться от их расчета. Более целесообразным будет сосредоточиться на остальных более эффективных и понятных для МО-ФД показателях, которые будут в разумных пределах достижимости.

Во-вторых, в показателях, имеющих планы, установленные Министерством здравоохранения Пермского края, изменим целевые значения в части установления диапазона для каждого отчетного периода, при этом расчет будет также вестись нарастающим итогом.

В-третьих, оценка будет считаться в баллах по всем показателям, суммарная оценка будет умножаться на 3% от базового среднего подушевого норматива финансирования МО-ФД.

И наконец, добавим показатель «Количество случаев смерти населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения». Для расчета выбран именно этот класс причин смерти, поскольку от болезней системы кровообращения в Пермском крае в 2014-2016 ежегодно умирает около 19 тыс. человек, что составляет более 50% от общего числа умерших. На основании данных таблицы 12 отметим, что за 2016 год от болезней системы

кровообращения в Пермском крае умерло 18 220 человек, что составляет 50,1% от общего числа умерших (или 691,9 на 100 тыс. человек населения Пермского края).

Таблица 12 – Смертность населения Пермского края от болезней системы кровообращения в 2014-2016 гг.¹

Наименование показателя	2014	2015	2016
Всего, человек			
Умершие от всех причин	36 901	37 370	36 369
Из них от болезней системы кровообращения	18 789	19 129	18 220
На 100 000 человек населения			
Умершие от всех причин	1 399,6	1 417,8	1 381,1
Из них от болезней системы кровообращения	712,6	725,8	691,9

На 2017 год сумма, запланированная на выплаты стимулирующего характера, составляет около 200 млн руб. Эта сумма входит в состав подушевого финансирования МО-ФД.

Поскольку размер стимулирующих выплат с 01.01.2017 был снижен с 10% до 3% от базового среднего подушевого норматива финансирования МО-ФД, по предварительному расчету показателей результативности деятельности МО-ФД сумма стимулирующих выплат за 1 квартал 2017 года составила 7 283,95 тыс. руб., которая приходится на 89 МО-ФД.

В таблице 13 представлены изменённый перечень и методика расчета показателей результативности деятельности медицинских организаций-фондодержателей и критерии их оценки с целевыми значениями.

Выплаты медицинским организациям будут осуществляться за достижение соответствующих показателей в соответствии с перечнем показателей результативности деятельности медицинских организаций, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и критериев их оценки (включая целевые значения), представленным в таблице 13.

¹ Составлено автором по: [45]

Таблица 13 – Порядок расчета показателей результативности деятельности медицинских организаций-фондодержателей и критерии их оценки (включая целевые значения) ¹

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
1	Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь <i>взрослому, взрослому и детскому населению</i> , и критерии их оценки						
1.1	Охват диспансерным наблюдением взрослого и детского населения, страдающего хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза: более 2-х обращений за амбулаторно-поликлинической помощью и/или госпитализация в круглосуточный или дневной стационар с диагнозом: при заболеваниях системы кровообращения: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49; при заболеваниях органов дыхания: J45; при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26, при заболеваниях мочеиспускательной системы: N18; при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10, в том числе, установленных по результатам диспансеризации населения, от общего количества пациентов с данной патологией	%	1 квартал (3 месяца)	от 90% до 100%	Медицинская организация	15	X = (Количество пациентов, впервые поставленных на диспансерный учет / Количество пациентов, впервые обратившихся с указанными заболеваниями по данным реестров) x 100%, при X в диапазоне от 90 до 100%, оценка в баллах в полном объеме, при X меньше диапазона, оценка = 0
2 квартал (1 полугодие)			Не менее 90% поставленных на диспансерный учет от количества граждан, впервые обратившихся за медицинской помощью	Мониторинг ТФОМС ПК (на 25 число месяца, следующего за отчетным периодом, по данным принятых к оплате реестров счетов, с учетом МЭК) (далее – Мониторинг ТФОМС ПК)			
3 квартал (9 месяцев)							
4 квартал (год)							

¹ Составлено автором по: [47-49, 50-56]

Продолжение таблицы 13

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
1.2	Охват флюорографическим исследованием населения от числа подлежащих	%	1 квартал	от 17% до 25%	Министерство здравоохранения Пермского края Мониторинг ТФОМС ПК	8	$X = (\text{Количество охваченных} / \text{Объем плана показателя за год}) \times 100\%$, при X в указанном диапазоне, оценка производится сложением числа баллов из расчета по 1 баллу за каждый 1% диапазона выше нижней границы диапазона, при X меньше диапазона, оценка = 0
			2 квартал	от 42% до 50%			
			3 квартал	от 67% до 75%			
			4 квартал	от 92% до 100%			
1.3	Охват рентгенологическим исследованием молочных желез (маммографией) от числа подлежащих	%	1 квартал	от 17% до 25%	Министерство здравоохранения Пермского края Мониторинг ТФОМС ПК	8	$X = (\text{Количество охваченных} / \text{Объем плана показателя за год}) \times 100\%$, при X в указанном диапазоне, оценка производится сложением числа баллов из расчета по 1 баллу за каждый 1% диапазона выше нижней границы диапазона, при X меньше диапазона, оценка = 0
			2 квартал	от 42% до 50%			
			3 квартал	от 67% до 75%			
			4 квартал	от 92% до 100%			

Продолжение таблицы 13

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
1.4	Охват профилактическими осмотрами гинекологом с исследованием мазков на цитологию от числа подлежащих	%	1 квартал	от 17% до 25%	Министерство здравоохранения Пермского края Мониторинг ТФОМС ПК	8	$X = (\text{Количество охваченных} / \text{Объем плана показателя за год}) \times 100\%$ при X в указанном диапазоне, оценка производится сложением числа баллов из расчета по 1 баллу за каждый 1% диапазона выше нижней границы диапазона, при X меньше диапазона, оценка = 0
			2 квартал	от 42% до 50%			
			3 квартал	от 67% до 75%			
			4 квартал	от 92% до 100%			
1.5	Количество обоснованных жалоб по данным СМО и ТФОМС Пермского края	ед.	1 квартал	0	СМО и ТФОМС ПК	11	при X =0, оценка в баллах в полном объеме, при X больше 0, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				
1.6	Количество случаев смерти детей и лиц трудоспособного возраста (исключая смерть от неуправляемых причин)	случаи	1 квартал	0	Министерство здравоохранения Пермского края	12	при X =0, оценка в баллах в полном объеме, при X больше 0, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				
1.7	Количество случаев смерти населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения: I00 – I99	случаи	1 квартал	0	Министерство здравоохранения Пермского края	12	при X =0, оценка в баллах в полном объеме, при X больше 0, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				

Продолжение таблицы 13

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
1.8	Доля вызовов СМП населением, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, от числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению	%	1 квартал	от 0% до 10% Не более 10% от количества граждан, состоящих на диспансерном учете	Медицинская организация Мониторинг ТФОМС ПК	9	$X = (\text{Количество вызовов пациентов, обратившихся за СМП с указанными заболеваниями, по данным реестров/Количество пациентов, подлежащих диспансерному учету}) \times 100\%,$ при X в диапазоне от 0 до 10% оценка в баллах в полном объеме, при X больше диапазона, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				
1.9	Доля экстренных госпитализаций пациентов, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, в течение отчетного периода, подлежащих диспансерному учету с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями	%	1 квартал	от 0% до 10% Не более 10% от количества граждан, подлежащих диспансерному учету	Медицинская организация Мониторинг ТФОМС ПК	9	$X = (\text{Количество экстренных госпитализаций пациентов/Количество пациентов, подлежащих диспансерному учету}) \times 100\%,$ при X в диапазоне от 0 до 10% оценка в баллах в полном объеме, при X больше диапазона, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				

Продолжение таблицы 13

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
1. 10	Охват прикрепленного населения вакцинацией против гриппа	%	1 квартал	от 17% до 25%	Министерство здравоохранения Пермского края Мониторинг ТФОМС ПК	8	$X = (\text{Количество охваченных} / \text{Объем плана показателя за год}) \times 100\%$, при X в указанном диапазоне оценка производится сложением числа баллов из расчета по 1 баллу за каждый 1% диапазона выше нижней границы диапазона, при X меньше диапазона, оценка = 0
			2 квартал	от 42% до 50%			
			3 квартал	от 67% до 75%			
			4 квартал	от 92% до 100%			
2	Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь <i>детскому населению</i> , и критерии их оценки						
2.1	Охват флюорографическим исследованием населения от числа подлежащих	%	1 квартал	от 17% до 25%	Министерство здравоохранения Пермского края Мониторинг ТФОМС ПК	16	$X = (\text{Количество охваченных} / \text{Объем плана показателя за год}) \times 100\%$, при X в указанном диапазоне, оценка производится сложением числа баллов из расчета по 2 балла за каждый 1% диапазона выше нижней границы диапазона, при X меньше диапазона, оценка = 0
			2 квартал	от 42% до 50%			
			3 квартал	от 67% до 75%			
			4 квартал	от 92% до 100%			

Продолжение таблицы 13

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
2.2	Охват диспансерным наблюдением детского населения, страдающего хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза: более 2-х обращений за амбулаторно-поликлинической помощью и/или госпитализация в круглосуточный или дневной стационар с диагнозом: при заболеваниях системы кровообращения: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49; при заболеваниях органов дыхания: J45; при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26, при заболеваниях мочеиспускательной системы: N18; при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10, в том числе, установленных по результатам медицинских осмотров несовершеннолетних, от общего количества пациентов с данной патологией	%	1 квартал	от 90% до 100% Не менее 90% поставленных на диспансерный учет от количества граждан, впервые обратившихся за медицинской помощью	Медицинская организация Мониторинг ТФОМС ПК (на 25 число месяца, следующего за отчетным периодом, по данным принятых к оплате реестров счетов, с учетом МЭК) (далее – Мониторинг ТФОМС ПК)	20	X = (Количество пациентов, впервые поставленных на диспансерный учет / Количество пациентов, впервые обратившихся с указанными заболеваниями, по данным реестров) x 100%, при X в диапазоне от 90 до 100%, оценка в баллах в полном объеме, при X меньше диапазона, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				
2.3	Количество обоснованных жалоб по данным СМО и ТФОМС Пермского края	ед.	1 квартал	0	СМО и ТФОМС ПК	13	при X =0, оценка в баллах в полном объеме, при X больше 0, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				

Продолжение таблицы 13

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
2.4	Доля вызовов СМП населением, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, от числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению	%	1 квартал	от 0% до 10% Не более 10% от количества граждан, состоящих на диспансерном учете	Медицинская организация Мониторинг ТФОМС ПК	10	$X = (\text{Количество вызовов пациентов, обратившихся за СМП с указанными заболеваниями, по данным реестров/Количество пациентов, подлежащих диспансерному учету}) \times 100\%$ при X в диапазоне от 0 до 10%, оценка в баллах в полном объеме, при X больше диапазона, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				
2.5	Доля экстренных госпитализаций пациентов, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, в течение отчетного периода, подлежащих диспансерному учету с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями	%	1 квартал	от 0% до 10% Не более 10% от количества граждан, подлежащих диспансерному учету	Медицинская организация Мониторинг ТФОМС ПК	10	$X = (\text{Количество экстренных госпитализаций пациентов/Количество пациентов, подлежащих диспансерному учету}) \times 100\%$ при X в диапазоне от 0 до 10%, оценка в баллах в полном объеме, при X больше диапазона, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				

Окончание таблицы 13

№ п/п	Показатель	Ед. изм.	Период оценки	Критерий с диапазоном от __ до __ (включительно)	Источник информации	Оценка показателя в баллах	Формула расчета фактического показателя
2.6	Количество случаев смерти детей (исключая смерть от неуправляемых причин)	случаи	1 квартал	0	Министерство здравоохранения Пермского края	15	при $X = 0$, оценка в баллах в полном объеме, при X больше 0, оценка = 0
			2 квартал				
			3 квартал				
			4 квартал				
2.7	Охват прикрепленного населения вакцинацией против гриппа	%	1 квартал	от 17% до 25%	Министерство здравоохранения Пермского края Мониторинг ТФОМС ПК	16	$X = (\text{Количество охваченных} / \text{Объем плана показателя за год}) \times 100\%$, при X в указанном диапазоне оценка производится сложением числа баллов из расчета по 2 балла за каждый 1% диапазона выше нижней границы диапазона, при X меньше диапазона, оценка = 0
			2 квартал	от 42% до 50%			
			3 квартал	от 67% до 75%			
			4 квартал	от 92% до 100%			

Стимулирующие выплаты медицинским организациям-фондодержателям за достижение соответствующих показателей будут формироваться как поощрительная часть в размере 3% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (с учетом применения коэффициента корректировки численности застрахованных) и использоваться медицинскими организациями на заработную плату и начисления на выплаты по оплате труда медицинского персонала, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, в связи с обращением по поводу заболевания, и с профилактическими и иными целями (за исключением диспансеризации).

Выплаты поощрительной части будут осуществляться также ежеквартально. Расчет поощрительной части в размере 3% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц (с учетом применения коэффициента корректировки численности застрахованных) будет осуществляться в соответствии с представленной методикой расчета подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи по базовой программе ОМС на 2017 год (далее – Методика расчета).

Средства стимулирующей части подушевого финансирования распределяются между МО-ФД пропорционально установленной стоимости медицинской помощи на отчетный период и итоговой оценки деятельности МО (ОРД_i) в зависимости от выполненных показателей от 1% до 100%.

Средства дополнительного финансирования *i*-ой МО (ДФ_{*i*}) рассчитываются по формуле (10):

$$ДФ_i = C \times \sum_{i=1}^n ОРД_i, \quad (10)$$

где *C* – сумма средств дополнительного финансирования (определяется ТФОМС Пермского края как 3 % от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц);

ОРД_{*i*} – оценка результата деятельности для *i*-той МО (в процентах).

Расчет оценки результата деятельности производится по формуле (11):

$$\text{ОРД}_i = (K_1 + K_2 + \dots + K_n) / 100 \quad (11)$$

где K_n – размер оценки каждого из утвержденных показателей i -ой МО (в баллах от 0 до 100),

ТФОМС Пермского края ежеквартально проводит расчет показателей результативности деятельности медицинских организаций на основании представленной информации по критериям, в соответствии с Перечнем показателей результативности. ТФОМС Пермского края собирает Комиссию для утверждения рассчитанных показателей.

Комиссия принимает решение о согласовании и несогласовании расчета поощрительной части ежемесячных подушевых нормативов с применением показателей результативности.

Финансирование амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации осуществляется страховой медицинской организацией по представленным медицинской организацией счетам, составленным на основании размера поощрительной части подушевого норматива и среднемесячной численности прикрепленного населения, за каждый месяц квартала в отдельности.

В результате расчета выплат за достижение показателей результативности с учетом указанных ранее направлений совершенствования механизма стимулирования медицинских организаций-фондодержателей общая сумма составила 13 643,85 тыс. руб., которая приходится на 89 МО-ФД. Первые 10 МО-ФД, на которые пришлись наибольшие выплаты стимулирующего характера, представлены в таблице 14.

Таким образом, стоит отметить превышение общей суммы выплат в 1 квартале 2017 года почти в 2 раза по отношению к расчету по прежней методике. Однако данная сумма входит в рамки бюджета, выделенного в составе подушевого финансирования. Более того, рассчитанная сумма выплат

Таблица 14 – Перечень МО-ФД, на которые приходятся наибольшие стимулирующие выплаты по новому расчету в 1 квартале 2017 года, руб., % ¹

№ п/п	Наименование МО-ФД	Размер выплаты, руб.	Доля в общей сумме выплат, %
1	ГБУЗ ПК «ДКБ им. Пичугина П. И.»	804 763,88	5,90
2	ГБУЗ ПК «ГДКП № 1»	568 117,21	4,16
3	ГБУЗ ПК «ГП № 2»	528 462,86	3,87
4	ГБУЗ ПК «ГДКП № 5»	484 650,01	3,55
5	ГБУЗ ПК «ДГБ г. Березники»	412 506,22	3,02
6	ГБУЗ ПК «Чайковская ДГБ»	407 643,32	2,99
7	ГБУЗ ПК «ГДП № 4»	405 903,78	2,97
8	ГБУЗ ПК «ГБ ЛГО»	374 840,24	2,75
9	ГБУЗ ПК «ГДБ» г. Соликамск	350 315,91	2,57
10	ГБУЗ ПК «Чусовская РП»	345 532,79	2,53

меньше, чем в 1 квартале 2015-2016 годов. Также отметим, что представленная методика направлена именно на стимулирование деятельности МО-ФД и улучшение ее финансового состояния, поскольку позволяет поощрять МО-ФД за каждый достигнутый процент плана.

Рассчитаем эффективность от направлений совершенствования механизма стимулирования медицинских организаций по каждому показателю в отдельности, по которому наблюдаются значительные изменения. Так, по показателю «Охват флюорографическим исследованием населения от числа подлежащих» следует отметить существенный рост количества медицинских организаций, получивших выплату по данному показателю, с 10 по прежней Методике до 43 по новой, причем 28 из них (65%) находятся в районных центрах.

По показателю «Охват рентгенологическим исследованием молочных желез (маммографией) от числа подлежащих» по прежней методике расчета к выплате не подлежала ни одна медицинская организация. Новый расчет с учетом совершенствований позволит осуществить выплаты 14 медицинским организациям-фондодержателям, из которых 11 – районные поликлиники.

Стимулирующие выплаты «Охват профилактическими осмотрами гинекологом с исследованием мазков на цитологию от числа подлежащих» в 1

¹ Составлено автором

квартале 2015-2016 обычно не выплачивались по причине его недостижимости медицинскими организациями. Данная тенденция сохранилась при расчете выплат в 1 квартале 2017 года. Однако по новой методике этого показателя достигли 2 районные МО-ФД: ГБУЗ ПК «Больница Коми-Пермяцкого округа» в сумме 5 822,93 руб. и ГБУЗ ПК «Кишертская ЦРБ» в сумме 12 575,51 руб.

По показателю «Количество случаев смерти населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения: I00-I99» у 11 медицинских организаций-фондодержателей отсутствуют смерти от болезней системы кровообращения, 6 из которых находятся в районных центрах.

На основании вышеизложенного, представленную методику и расчет показателей результативности деятельности МО-ФД считаем целесообразными и рекомендуем к рассмотрению Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Важнейшая роль в функционировании обязательного медицинского страхования отведена медицинским организациям. От их финансового состояния и заинтересованности в качественном оказании медицинской помощи застрахованным лицам зависит эффективность всей системы. Интерес медицинской организации в системе ОМС в рамках данного исследования показан в ее стимулировании к определенной деятельности.

Автором показано экономическое содержание механизма материального стимулирования. Оно направлено на мотивацию работника к эффективному и качественному труду, выполнение которого не только покрывает издержки работодателя на организацию процесса производства, оплату труда, но и позволяет получить определенную прибыль. Тогда как часть полученной прибыли используется на выплату налогов, что влияет на перераспределение части финансовых ресурсов общества в пользу государства. Определено, что экономическое содержание механизма материального стимулирования чаще всего выражается в установлении определенных целевых показателей, достижение которых вознаграждается выплатами стимулирующего характера.

В результате исследования теоретической базы сформулировано понятие финансового механизма стимулирования. Его можно трактовать как систему видов и форм организации финансовых отношений, условий и методов исчисления, применяемых при формировании и распределении финансовых ресурсов в форме денежных фондов целевого назначения, от четкого и прозрачного использования которых зависит восприятие человеческими ресурсами справедливости трудовых отношений.

Определено законодательно-нормативное обоснование экономического механизма стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. Оно заключается в рекомендациях по стимулированию медицинских организаций, предложенных в Российской

Федерации на высшем уровне управления обязательным медицинским страхованием Министерством здравоохранения РФ и Федеральным фондом ОМС, а также в самостоятельных методах, разработанных в субъектах РФ на основании особенностей здравоохранения на конкретной территории. Рекомендации заключаются в расчете показателей результативности деятельности медицинских организаций.

Зарубежный опыт свидетельствует о широком спектре применения методов стимулирования медицинских организаций, который может быть использован при разработке экономических механизмов стимулирования медицинских организаций, участвующих в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

Проведен анализ финансовой деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края. На основании оценки показателей формирования и расходования бюджета ТФОМС Пермского в период 2013-2018 гг. можно сделать заключение о его дефицитности, несмотря на тенденцию ежегодного превышения фактически полученных доходов над запланированными. Наблюдается ежегодный рост доходов территориального фонда ОМС Пермского края, тем не менее, темпы их прироста отстают от темпов прироста расходов на 9% в 2013 г., на 6,7% в 2014г., на 3,6% в 2015 г., на 2,7% в 2016 г.

Основными источниками формирования доходов бюджета территориального фонда ОМС являются субвенции из Федерального фонда на реализацию территориальной программы ОМС на территории субъекта РФ (91-99%). Основной статьей расходов бюджета ТФОМС Пермского края является финансирование территориальной программы ОМС. Ее удельный вес в общей сумме расходов в течение 2013-2016 гг. фиксируется примерно на одном уровне 97%. Стоимость территориальной программы ОМС ежегодно увеличивается, как и ее норматив финансирования на одно застрахованное лицо. В 2013-2014 гг. наблюдалась тенденция исполнения данных показателей в сравнении с утвержденными не в полном объеме, однако в 2015 году

исполнение бюджета по расходам превысило утвержденные значения на 155,5 млн руб.

Объемы и стоимость амбулаторной медицинской помощи в Пермском крае имеют ежегодную тенденцию к увеличению. Отмечается высокая доля помощи, оказанной с профилактической целью, что является позитивным явлением, поскольку профилактика снижает количество случаев по заболеванию. Для стимулирования медицинской организации-фондодержателя к охвату прикрепленного населения посещениями врачей с профилактической целью ТФОМС Пермского края осуществляет выплаты за достижение показателей результативности деятельности МО-ФД.

Поскольку в механизме расчета показателей результативности деятельности МО-ФД в соответствии с действующей методикой выявлены недочеты, влияющие на сумму стимулирующих выплат МО-ФД:

- сложная достижимость показателей, связанных с охватом и качеством проведения диспансерного наблюдения застрахованных лиц, прикрепленных к конкретной МО-ФД (показатели 1.1, 1.2, 2.1, 3.1, 3.2 Приложения А);

- практическая направленность показателей результативности на МО-ФД г. Перми с детским прикрепленным населением;

- небольшие суммы стимулирующих выплат и их отсутствие районным поликлиникам.

Автором была разработана новая методика расчета показателей результативности. Она касается следующих изменений:

- в связи с отсутствием выплат в 2016-2017 гг. по показателям 1.2, 2.1, 3.2, указанным в Приложении А, отказались от их расчетов;

- в показателях, имеющих планы, установленные Министерством здравоохранения Пермского края, изменились целевые значения в части установления диапазона для каждого отчетного периода, при этом расчет будет также вестись нарастающим итогом;

- оценка считается в баллах по всем показателям, суммарная оценка умножается на 3% от базового среднего подушевого норматива финансирования МО-ФД;

- добавлен показатель «Количество случаев смерти населения трудоспособного возраста от болезней системы кровообращения».

В результате перечисленных изменений, произведенных в методике расчета показателей результативности деятельности медицинской организации-фондодержателя, стоит отметить превышение общей суммы выплат в 1 квартале 2017 года почти в 2 раза по отношению к расчету по прежней методике. Данная сумма входит в рамки бюджета, выделенного в составе подушевого финансирования. Более того, рассчитанная сумма выплат меньше, чем в 1 квартале 2015-2016 гг. Также отметим, что представленная методика направлена именно на стимулирование деятельности МО-ФД и улучшение ее финансового состояния, поскольку позволяет поощрять МО-ФД за каждый достигнутый процент плана.

Перечисленные совершенствования механизма стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, должны послужить стимулом для МО-ФД в части более полного охвата населения, подлежащего тому или иному обследованию, проведению мероприятий для снижения смертности от болезней кровообращения, обратить внимание на диспансерное наблюдение населения.

Региональный опыт Пермского края использования экономических механизмов стимулирования медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования может быть эффективно экстраполирован на другие субъекты РФ, повысив качество оказываемой населению медицинской помощи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ (ред. от 03.04.2017).
2. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ред. от 28.12.2016).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 03.04.2017).
4. Федеральный закон от 30.11.2011 г. №354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (ред. от 28.12.2016).
5. Закон Пермского края от 07.07.2014 г. № 355-ПК «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края за 2013 год».
6. Закон Пермского края от 09.07.2015 № 516-ПК «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края за 2014 год».
7. Закон Пермского края от 30.06.2016 № 681-ПК «Об утверждении отчета об исполнении бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края за 2015 год».
8. Закон Пермского края от 19.12.2012 г. № 142-ПК «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (ред. от 31.08.2013).
9. Закон Пермского края от 30.12.2013 г. № 278-ПК «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования пермского края на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (ред. от 18.12.2014).
10. Закон Пермского края от 25.12.2014 г. № 415-ПК «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (ред. от 09.07.2015).

11. Закон Пермского края от 21.12.2015 № 581-ПК «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов» (ред. от 02.12.2016).
12. Закон Пермского края от 29.12.2016 № 32-ПК «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».
13. Постановление Правительства Пермского края от 29.07.2011 г. № 508-п «Об утверждении положения о Территориальном фонде обязательного медицинского страхования Пермского края» (в ред. от 05.03.2014).
14. Постановление Правительства Пермского края от 30.12.2016 № 1191-п «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».
15. Письмо Минздрава России № 11-8/10/2-8266, ФФОМС № 12578/26/и от 22.12.2016 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (ред. от 18.05.2017).
16. Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (ред. от 11.01.2017).
17. Приказ ТФОМС Пермского края от 17.11.2016 №587 «Об утверждении порядка расчета показателей результативности деятельности медицинских организаций-Фондодержателей».
18. Грязнова А.Г., Чечелева Т.В. Экономическая теория: Учебник/А.Г. Грязнова, Т В Чечелева. – Москва : Экзамен, 2005. – 592 с.
19. Литовских А.М., Шевченко И.К. Финансы, денежное обращение и кредит. Учебник. Таганрог: Изд-во ТРТУ, 2003. – 135 с.
20. Миляков Н.В. Финансы: Учебник. – 2-е изд. – Москва : ИНФРА-М, 2004. – 543 с.

21. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / О.П. Щепин, В.А. Медик. – 2011. – 592 с.
22. Подъяблонская Л.М. Финансы. Учебник. Москва ; Юнити, 2011. – 407 с.
23. Финансово-кредитный энциклопедический словарь / кол. авт.; под общ. ред. А.Г. Грязновой. - Москва : Финансы и статистика, 2002. – 1168 с.
24. Финансы: учеб./ под ред. В.В. Ковалева. Москва : Проспект, 2006. – 415 с.
25. Цыганова О.А., Ившин И.В. Медицинское страхование: учебное пособие. – Москва : ИНФРА-М, 2015. – 176 с.
26. Голубева А.И., Фадеева Г.В. Стимулирование труда работников сельскохозяйственных организаций в условиях трансформации механизма хозяйствования: монография. – Караваево: Костромская ГСХА, 2014. – 191 с.
27. Бычкова А.Н. Экономический механизм: определение, классификация и применение // Вестник Омского университета. Серия «Экономика». – 2010. – № 4. – С. 37-43.
28. Головина Е.И. Особенности функционирования системы обязательного медицинского страхования: региональный аспект // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2016. – № 3. – С. 47.
39. Головина Е.И. Теоретические основы финансового механизма обязательного медицинского страхования // Международный журнал гуманитарный и естественных наук. – 2016. – № 3. – С. 103.
30. Голубева А.И. Мотивация сельскохозяйственного труда: теория, практика, перспективы /А.И. Голубева. – Ярославль: Издательство Ярославского государственного технического университета, 2000. – 327 с.
31. Кацага А., Кульжанов М., Караниколос М., Rechel В. Казахстан. Обзор системы здравоохранения» // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. – 2012. – № 4 (14) – С. 109-115.
32. Омирбаева Б.С. Экономические рычаги повышения качества медицинских услуг // Вестник университета Туран. – 2017. – № 1 (73). – С. 227-233.

33. Османова Ф.Р., Идрисова С.Г. Экономическое содержание материального стимулирования и проблемы его организации. В сборнике: Актуальные проблемы экономического развития: сборник докладов Международной заочной научно-практической конференции, посвященной 20-летию института экономики и менеджмента Белгородский государственный технологический университет им. В.Г. Шухова. – 2013. – С. 109-113.
34. Попова К.А. Стимулирование как механизм распределения ресурсов организации или почему в регионах России система стимулирования неэффективна? // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. – 2016. – № 1 (31). – С. 110-114.
35. Фищук Г.В. Механизм стимулирования труда наемных работников /Г.В. Фищук // Наука и образование: Материалы VI Международной научной конференции: в 4 ч./Кемеровский государственный университет. Беловский институт (филиал). Белово: Беловский полиграфист, 2006. -Ч. 1. – С. 314-324.
36. Хоркина Н.А. Современные тенденции мотивации поставщиков на рынке медицинских услуг // Актуальные проблемы экономики и права. – 2010. – № 4. – С. 213-218.
37. Официальный сайт Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю: <http://permstat.gks.ru> (дата обращения: 14.04.2017).
38. Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края: <http://www.krasmed.ru> (дата обращения: 03.05.2017).
39. Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ленинградской области: <https://www.lofoms.spb.ru> (дата обращения: 03.05.2017).
40. Официальный сайт Территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края: <http://www.pofoms.ru>. (дата обращения: 03.05.2017).

41. Головина Е.И. Анализ деятельности территориального фонда обязательного медицинского страхования Пермского края // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 8 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2016/08/70405> (дата обращения: 03.05.2017).
42. Еськов, А.Л. Формирование механизма трудовой мотивации в контексте инновационного развития крупного машиностроительного предприятия /А.Л. Еськов/ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.economix.com.ua (дата обращения: 01.05.2017).
43. Здравоохранение в Великобритании, Франции, США, 2014 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.kaktam.info> (дата обращения: 30.04.2017).
44. Пермский край в цифрах. 2017: Краткий статистический сборник/Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Пермскому краю. – Пермь, 2017. – 180 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://permstat.gks.ru> (дата обращения: 14.05.2017)
45. Оценка результативности деятельности медицинских организаций – фондодержателей в 2015 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pofoms.ru>. (дата обращения: 15.05.2017).
46. Оценка результативности деятельности медицинских организаций – фондодержателей в 2016 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pofoms.ru>. (дата обращения: 15.05.2017).
47. Оценка результативности деятельности медицинских организаций – фондодержателей в 1 квартале 2017 года [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pofoms.ru>. (дата обращения: 15.05.2017).
48. Тарифное Соглашение на 2016 год и на плановый период 2017 и 2018 годов (приложение № 3 к протоколу Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края от 29.12.2015 № 11) (ред. от 07.12.2016) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pofoms.ru> (дата обращения: 05.05.2017).
49. Тарифное соглашение на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов (приложение № 4 к протоколу Комиссии по разработке территориальной

программы обязательного медицинского страхования Пермского края от 27.12.2016 № 10) (ред. от 27.04.2017) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pofoms.ru>. (дата обращения: 15.05.2017).

50. Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Ленинградской области на 2017 год от 30.12.2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.lofoms.spb.ru> (дата обращения: 17.05.2017).

51. Тарифное соглашение системы обязательного медицинского страхования Красноярского края на 2017 год (в ред. 26.04.2017) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.krasmed.ru> (дата обращения: 03.05.2017).

52. Толковый словарь Евремовой онлайн [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.efremova.info> (дата обращения: 03.04.2017).

53. Толковый словарь Ожегова онлайн [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://slovarozhegova.ru> (дата обращения: 03.04.2017).

54. Толковый словарь Ушакова онлайн [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ushakovdictionary.ru/word.php?wordid=29725> (дата обращения: 03.04.2017).

55. Шапиро С.А. Мотивация и стимулирование персонала /С.А. Шапиро. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: obiznese.com (дата обращения: 03.04.2017).

56. Cashin C., Chi Y., Smith P., Borowitz M. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Paying for Performance in Health Care, Implications for health system performance and accountability, 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf?ua=1 (дата обращения: 01.05.2017).

57. Custers Thomas et al. Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance // BMC health services research. – 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/66/prepub> (дата обращения: 01.05.2017).

58. Pay-for-performance in Estonia: A transformative policy instrument to scale up prevention and management of noncommunicable diseases [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/287096/Good-practice-brief-pay-for-performance-in-Estonia.pdf (дата обращения: 03.05.2017).
59. Lai T., Johansen AS., Breda J., Reinap M., Dorner T., Mantingh F. et al. Estonia country assessment. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems, 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/better-ncd-outcomes-challenges-opportunityes-hss-estonia-en.pdf> (дата обращения: 03.05.2017).
60. Provider incentive models for improving quality of care. Bailit health purchasing. An Initiative of the Robert Wood Johnson Foundation, March 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bailit-health.com/articles/NHCPI-incentive-models.pdf> (дата обращения: 03.05.2017).

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А.1 – Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций-фондодержателей и критерии их оценки [54]

№ п/п	Наименование показателя результативности	Целевое значение	Процент стимулирующих выплат
1.	<i>Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому и детскому населению, и критерии их оценки</i>		
1.1.	Охват диспансерным наблюдением взрослого населения, страдающего хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза: более 2-х обращений за амбулаторно-поликлинической помощью и/или госпитализация в круглосуточный или дневной стационар с диагнозом: при заболеваниях системы кровообращения: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49; при заболеваниях органов дыхания: J45; при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26, при заболеваниях мочепускающей системы: N18; при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10, в том числе, установленных по результатам диспансеризации населения, от общего количества пациентов с данной патологией, при условии достижения целевого значения показателя, согласно п. 1.2, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу	Не менее 90% поставленных на диспансерный учет от количества граждан, впервые обратившихся за медицинской помощью ^{<2>}	5%
1.2.	Качество проведения диспансерного наблюдения лиц, находящихся на диспансерном учете более года, с момента постановки на диспансерный учет, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, получивших медицинскую помощь в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи согласно приказов Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения», от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях» при условии достижения целевого значения показателей согласно п.п. 1.7, 1.8, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу	100% граждан, получивших медицинскую помощь в соответствии со стандартами, от количества граждан, состоящих на диспансерном учете ^{<2>}	30%
1.3.	Охват флюорографическим исследованием населения от числа подлежащих ^{<1>}	100% подлежащих ^{<3>}	10%

Продолжение таблицы А1

№ п/п	Наименование показателя результативности	Целевое значение	Процент стимулирующих выплат
1.4.	Охват рентгенологическим исследованием молочных желез (маммографией) от числа подлежащих ^{<1>}	100% подлежащих ^{<3>}	10%
1.5.	Охват профилактическими осмотрами гинекологом с исследованием мазков на цитологию от числа подлежащих ^{<1>}	100% подлежащих ^{<3>}	5%
1.6.	Количество обоснованных жалоб по данным СМО и ТФОМС Пермского края	0	10%
1.7.	Доля вызовов СМП населением, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза согласно п.1.2, в течение отчетного периода, по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологических заболеваний от числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению ^{<1>}	Не более 10% от количества граждан, состоящих на диспансерном учете ^{<2>}	5%
1.8.	Доля экстренных госпитализаций пациентов, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза согласно п.1.2, в течение отчетного периода, подлежащих диспансерному учету с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями ^{<1>}	Не более 10% от количества граждан, подлежащих диспансерному учету ^{<2>}	5%
1.9.	Количество случаев смерти детей и подростков, и лиц трудоспособного возраста (исключая смерть от неуправляемых причин) ^{<5>}	0	10%
1.10	Охват прикрепленного населения вакцинацией против гриппа ^{<4>}	100% подлежащих ^{<3>}	10%
2.	<i>Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению, и критерии их оценки</i>		
2.1	Качество проведения диспансерного наблюдения лиц, находящихся на диспансерном учете более года, с момента постановки на диспансерный учет, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, получивших медицинскую помощь в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи согласно приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях», при условии достижения целевого значения показателя согласно п.п.2.4, 2.5, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу	100% граждан, получивших медицинскую помощь в соответствии со стандартами, от количества граждан, состоящих на диспансерном учете ^{<2>}	50%

Продолжение таблицы А.1

№ п/п	Наименование показателя результативности	Целевое значение	Процент стимулирующих выплат
2.2.	Охват флюорографическим исследованием населения от числа подлежащих ^{<1>}	100% подлежащих <3>	10%
2.3.	Количество обоснованных жалоб по данным СМО и ТФОМС Пермского края	0	10%
2.4.	Доля вызовов СМП населением, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза, в течение отчетного периода, по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологических заболеваний от числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению ^{<1>}	Не более 10% от количества граждан, состоящих на диспансерном учете ^{<2>}	5%
2.5.	Доля экстренных госпитализаций пациентов, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза, в течение отчетного периода, подлежащих диспансерному учету с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями ^{<1>}	Не более 10% от количества граждан, подлежащих диспансерному учету ^{<2>}	5%
2.6.	Количество случаев смерти детей и подростков (исключая смерть от неуправляемых причин) ^{<5>}	0	10%
2.7.	Охват прикрепленного населения вакцинацией против гриппа ^{<4>}	100% подлежащих <3>	10%
3.	<i>Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь взрослому населению, и критерии их оценки</i>		
3.1.	Охват диспансерным наблюдением хронических больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза: более 2-х обращений за амбулаторно-поликлинической помощью и/или госпитализация в круглосуточный или дневной стационар с диагнозом: при заболеваниях системы кровообращения: I10, I11, I12, I13, I15, I20, I25, I27, I47, I48, I49; при заболеваниях органов дыхания: J45; при заболеваниях органов пищеварения: K20, K21, K25, K26, при заболеваниях мочеиспускательной системы: N18; при заболеваниях эндокринной системы: E11, E10, в том числе, установленных по результатам диспансеризации взрослого населения, от общего количества пациентов с данной патологией, при условии достижения целевого значения показателя согласно п. 3.2, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу	Не менее 90% поставленных на диспансерный учет от количества граждан, впервые обратившихся за медицинской помощью ^{<2>}	5%

Окончание таблицы А.1

№ п/п	Наименование показателя результативности	Целевое значение	Процент стимулирующих выплат
3.2.	Качество проведения диспансерного наблюдения лиц, находящихся на диспансерном учете более года, с момента постановки на диспансерный учет, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, получивших медицинскую помощь в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи согласно приказа Минздрава России от 21.12.2012 № 1344н «Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения», при условии достижения целевого значения показателя 3.7, 3.8, в соответствии с реестрами счетов на оплату медицинской помощи по основному диагнозу	100% граждан, получивших медицинскую помощь в соответствии со стандартами, от количества граждан, состоящих на диспансерном учете ^{<2>}	30%
3.3.	Охват флюорографическим исследованием населения от числа подлежащих ^{<1>}	100% подлежащих ^{<3>}	10%
3.4.	Охват рентгенологическим исследованием молочных желез (маммографией) от числа подлежащих ^{<1>}	100% подлежащих ^{<3>}	10%
3.5.	Охват профилактическими осмотрами гинекологом с исследованием мазков на цитологию от числа подлежащих ^{<1>}	100% подлежащих ^{<3>}	5%
3.6.	Количество обоснованных жалоб по данным СМО и ТФОМС	0	10%
3.7.	Доля вызовов СМП населением, страдающим хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза согласно п.3.1, в течение отчетного периода, по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологических заболеваний от числа лиц, подлежащих диспансерному наблюдению ^{<1>}	Не более 10% от количества граждан, состоящих на диспансерном учете ^{<2>}	5%
3.8.	Доля экстренных госпитализаций пациентов, страдающих хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями, при соблюдении критериев подтверждения диагноза согласно п. 3.1, в течение отчетного периода, подлежащих диспансерному учету с сердечно-сосудистыми заболеваниями, заболеваниями органов дыхания, нервной системы, органов пищеварения, эндокринологическими заболеваниями ^{<1>}	Не более 10% от количества граждан, подлежащих диспансерному учету ^{<2>}	5%
3.9.	Количество случаев смерти лиц трудоспособного возраста (исключая смерть от неуправляемых причин) ^{<5>}	0	10%
3.10	Охват прикрепленного населения вакцинацией против гриппа ^{<4>}	100% подлежащих ^{<3>}	10%

- <1> С 01.01.2017 нарастающим итогом.
- <2> Для расчета показателя используются данные о диспансерном учете, предоставленные медицинскими организациями.
- <3> От установленного планом-графиком Министерства здравоохранения Пермского края.
- <4> Охват прикрепленного населения вакцинацией предоставляется Министерством здравоохранения Пермского края ежеквартально.
- <5> Критерий оценивается при предоставлении персонифицированной информации Министерством здравоохранения Пермского края ежеквартально.