

## ПОДСЧИТАЕМ НАШИ ЗАТРАТЫ

27-29 апреля в Париже состоялся семинар на тему “Стоимость медицинских услуг и госпитальная индустрия в России”. В нем приняли участие экономисты-исследователи, руководители организаций здравоохранения разных уровней, представители Министерств здравоохранения из России, Франции и Германии. Прозвучавшие сообщения послужили толчком для длительной и заинтересованной дискуссии, выявившей существование общих проблем в области финансирования здравоохранения в столь, казалось бы, несопоставимых условиях, каковыми являются условия существования этой отрасли в указанных странах. Одним из аспектов дискуссии читали проблемы страхования риска связанного со здоровьем.

Сообщения, включенные в программу семинара, можно разделить на 2 группы. В первую группу вошли сообщения участников, которых можно условно назвать “практиками” отрасли здравоохранения (среди них: Зам. министра здравоохранения России Н.Н.Точилова, коммерческий директор больничного комплекса в Виттенберге Урсула Дишер, заведующая лабораторией экономики здоровья министерства социальной солидарности Франции Паскаль Женье и др.). Вторую группу составили сообщения экономистов-исследователей трех стран выполняющих совместный проект на эту тему, финансируемый Европейским сообществом.

Сообщения “Об организации финансовых потоков в системе обязательного медицинского страхования в России”, и “Об особенностях функционирования системы медицинского страхования во Франции” выявили актуальность проблемы тарификации медицинского обслуживания при различии причин, эту актуальность порождающих.

Если стратегической целью любой национальной системы здравоохранения является улучшение условий жизни и здоровья населения, то на каждом конкретном этапе экономического развития формулируются частные цели. С этих позиций ближайшей целью французской системы является замедление темпов роста затрат на здравоохранение при сохранении достигнутого уровня качества медицинских услуг. Для российской системы этой целью является обеспечение гарантированного уровня медицинского обслуживания в условиях резкого снижения роли бюджета в его финансировании.

Для французского здравоохранения актуальной является задача минимизации затрат при сохранении достигнутой эффективности здравоохранения, в России - задача увеличения объемов финансирования, которые позволили бы обеспечить гарантированный уровень медицинских услуг в условиях резкого падения уровня здоровья и продолжительности жизни населения в последнее десятилетие. Свою специфику имеет проблема затрат на медуслуги и в Германии, где процесс воссоединения двух экономик потребовал реформирования системы финансирования медицины, так как существовавшая в ФРГ до объединения система полного покрытия затрат на медицинские услуги больниц не могла быть сохранена в новых экономических условиях.

Анализ информации, прозвучавшей в первой группе сообщений, позволяет увидеть общность и различия, существующие в системах обязательного медицинского страхования Франции и России. Следует отметить факт существования на сегодняшний день двух источников финансирования ОМС в России: бюджет для неработающего населения и отчисления предприятий для работающего. Все средства аккумулируются в территориальном фонде ОМС. Российская структура ОМС предусматривает существование множества страховых касс, являющихся, как правило, организациями, созданными для получения прибыли. Роль бюджетного финансирования здравоохранения, несмотря на явную его недостаточность, остается весьма значительной. В частности, все капитальные вложения в здравоохранения, кроме частных инвестиций, обеспечиваются из регионального или федерального бюджета в зависимости от принадлежности объекта.

Одна из экономических задач, связана с оценкой величины взносов за работающее и неработающее население. В процессе ее обсуждения представителями Франции неоднократно подчеркивалось, что при установлении платежей должен реализовываться принцип “солидарности”. Основные затраты, которые несет система здравоохранения приходятся на последнюю треть жизни человека, и нельзя считать справедливым, если возмещения таких затрат будут ожидать от потребителей этих услуг. Таким образом, кроме оценки затрат, необходимо оценить как эти затраты должны покрываться различными участниками рынка: бюджетом, ОМС и личными взносами пациентов через добровольное медицинское страхование. Эта проблема звучала в ряде сообщений, в частности, в сообщении Ива Сайара “Альтернативные сценарии финансирования системы медицинского обслуживания в Санкт-Петербурге”.

В отличие от российской, система ОМС во Франции, по сути своей, является фондом “социальной защиты”, что декларируется в самом ее названии. Эта организация бесприбыльна, все ее средства поступают в единую кассу, которая выполняет одновременно функции фонда. Роль бюджетных денег в финансировании медицинской сферы минимальна и, как правило, связана с возникновением непредвиденных проблем (так, борьба со СПИД’ом потребовала больших средств, чем это прогнозировалось - часть расходов взял на себя бюджет). Решения об использовании средств осуществляет Правление, в состав которого входят представители государства, работодателей и профсоюзов.

Фонд формируется из средств, выплачиваемых работодателем (75%) и самим работающим (25%). Он покрывает все выставленные затраты за лечение работающего населения, пенсионеров и членов их семей. За безработных средства вносятся биржами труда, то есть из бюджета. Из фонда покрывается около 75% затрат на лекарства и медицинские услуги, включенные в специальный перечень вне зависимости от того, государственное или частное медицинское учреждение оказало медицинскую помощь. Остальная часть, около 20%, покрывается добровольным медицинским страхованием для лиц заключившим соответствующие договоры. Кроме того, оборудование, его ремонт, строительство государственных больниц также финансируются из страховой кассы.

Как уже было указано несмотря на различие в постановках задач различные системы здравоохранения нуждаются в методах оценки стоимости и качества медицинских услуг. Научные разработки и статистические расчеты по обоснованию медицинских затрат реализованы в системах здравоохранения разных государств в виде стандартов медицинской помощи. Степень проработанности стандартов, их структура и детализация различны. Расчеты показывают, что различны и способы лечения, и длительность пребывания в больнице, а следовательно и стоимость лечения однородных типов пациентов. На семинаре был представлен сравнительный анализ классификаций болезней и затрат на их лечение в России, Франции и Соединенных Штатах Америки, выполненный французскими исследователями. Для Франции было показано как использовать средние показатели затрат на лечение для проведения политики выравнивания качества здравоохранения в более или менее обеспеченных медицинскими услугами районах страны.

В рамках обсуждения проблемы тарификации прозвучало сообщение Христиана Гурьеру “Гедонический подход к оценке госпитальных расходов”.

В процессе обсуждения путей решения проблемы тарификации медицинских услуг была представлена информация по результатам обследования инфекционной больницы Санкт-Петербурга, выполненного с целью выявления факторов, определяющих трудоемкость и стоимость медицинских услуг. Обследование проведено с использованием анкеты, разработанной совместно с французскими коллегами. Среди факторов, влияющих на госпитальные расходы, рассматриваются: основной диагноз и его соответствие первичному диагнозу; сопутствующие заболевания; наличие отягчающих обстоятельств в виде факторов риска и степени инвалидизации; степень самостоятельности больного; пол и возраст больного.

Информация о трудоемкости и стоимости пребывания в больнице представлена в анкете диагностическими и лечебными процедурами с детальным указанием всех видов услуг, их количества и способов их оказания. При наличии большого объема статистических данных подобная информация может служить базой для статистической обработки и выявления группировок, характеризующихся однородным уровнем ожидаемых затрат.

По результатам прошедшего семинара может быть сделан вывод об актуальности задачи совершенствования оценки госпитальных услуг для различных систем здравоохранения независимо от конкретных задач, ими решаемых.