

УДК 61-614.2

## НАСКОЛЬКО «ПОЛНЫЙ» ТАРИФ В СИСТЕМЕ ОМС ДЕЙСТВИТЕЛЬНО ПОЛНЫЙ?

© 2015 А.В. Чебыкин<sup>1</sup>, Д.Ю. Константинов<sup>2</sup>, М.Ю. Засыпкин<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Медицинский институт «РЕАВИЗ»

<sup>2</sup>Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 20.10.2015

В данной статье рассматривается вопрос о разработке и введении полного тарифа в системе обязательного медицинского страхования, включающего в себя все статьи расходов. Взятый курс на выстраивание одноканального финансирования на основе стандартов оказания медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования (ОМС) в системе здравоохранения РФ подразумевает в качестве одного из основных направлений — одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС путем оплаты медицинских услуг в виде так называемого «полного» тарифа [1-12].

**Ключевые слова:** обязательное медицинское страхование, «полный» тариф, одноканальное финансирование, страховая медицинская организация

Не является секретом, что долгие годы в системе ОМС в тариф на медицинские услуги включались только пять статей расходов (оплата труда на выстраивание одноканального финансирования на основе стандартов оказания медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования (ОМС) в системе здравоохранения РФ подразумевает в качестве одного из основных направлений — одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС путем оплаты медицинских услуг в виде так называемого «полного» тарифа [1-12].

В настоящее время ситуация поменялась: МО перешли из муниципальной формы собственности в государственную, средства на содержание стали поступать в систему ОМС через ТФОМС.

На этом фоне встал вопрос о разработке и введении полного тарифа, включающего в себя все статьи расходов, за исключением приобретения дорогостоящего оборудования и капитального ремонта.

Этот процесс идет полным ходом, но до конца нерешенными остаются два вопроса: первый — как в структуру тарифа на медицинские услуги включить все статьи затрат? (и надо ли это делать?), и второй — как рассчитать долю этих статей в тарифе?

Казалось бы, первый вопрос решен: на федеральном уровне и в региональных Тарифных соглашениях перечислены конкретные статьи

расходов медицинских организаций. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС описана в пункте 7 ст. 35 Закона об ОМС. Она включает основные и прочие статьи расходов. К основным статьям расходов относятся расходы на заработную плату на оплату труда, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, прочего медицинского инструментария. Кроме этого в структуру тарифа включены расходы на прочие выплаты, приобретение реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других организациях (при отсутствии лаборатории и диагностического оборудования в данной медорганизации), организации питания (при отсутствии питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, расходы на оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу.

Но каким образом средства на эти расходы должны поступать в МО, нормативно не определено.

До 2013 г. мониторинг процесса перехода на одноканальную систему осуществляли Минздрав России (приказ Минздравсоцразвития России от 30.12.2010 № 1240н) и ФФОМС (приказ ФФОМС от 28.06.2010 № 123).

Изучение результатов мониторинга, региональной нормативно-законодательной базы, регламентирующей переход на одноканальное финансирование, выявило, что статьи расходов могут быть расширены субъектами по двум направлениям:

Чебыкин Андрей Владимирович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: a.chebykin179@gmail.com

Константинов Дмитрий Александрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры инфекционных болезней с курсом эпидемиологии.

Засыпкин Михаил Юрьевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения.

1. Формирование единого канала поступления средств через систему ОМС, при котором медицинская организация продолжает получать финансирование на свое содержание, но только не через соответствующий бюджет, а через систему ОМС в виде доплаты.

2. Создание полноценного тарифа, включающего дополнительные статьи расходов, по которому происходит оплата оказанной медицинской помощи.

Конечно, самый простой первый способ – оставить все как есть: оплачивать тариф за ме-

дицинскую услугу, в состав которой входят все те же традиционные для системы ОМС пять статей, а средства на содержание транслировать в МО отдельным потоком.

Анализ опыта субъектов Российской Федерации по переходу на дифференцированный тариф показал крайне пеструю картину (таблица 1).

Наиболее часто используется достаточно простой принцип: берутся расходы МО на содержание за предыдущий год, делятся между СМО на 1/12 годовых платежей и в виде отдельного платежа транзитом по приказу ТФОМС перечис-

**Таблица 1.** Характеристика способов включения тарифа и дополнительных затрат на содержание медицинских организаций

Методики	Достоинства	Недостатки
<b>Перечисление средств на содержание медицинской организации через СМО отдельными платежами</b>	Оплата соответствует реальным потребностям медицинской организации	Оплата производится независимо от фактического объема оказываемых медицинских услуг Полностью противоречит идеологии ОМС, является суррогатом бюджетного финансирования
<b>Включение затрат на содержание учреждения в дополнительную составляющую тарифа</b>	Легче отслеживать динамику дифференциации и принимать меры по постепенной унификации тарифов и расходов	Осложняет систему взаиморасчетов. Не вполне укладывается в идеологию ценообразования (фактически речь идет о нескольких тарифах)
<b>Выбор в качестве базы для применения коэффициентов величины затрат на оказание медицинской помощи</b>	Позволяет сохранить сложившиеся подходы к расчету затрат на оказание медицинской помощи	Уровень затрат на содержание учреждения будет зависеть от затрат на оказание медицинской помощи, что затруднит расчеты и контроль расходов на содержание учреждений при наличии дифференцированной системы тарифов на оказание медицинской помощи
<b>Выбор в качестве базы для применения коэффициентов показателя, характерного для накладных расходов на 3/п основного персонала</b>	простой и распространенный метод	Не совсем точный метод: затраты на содержание учреждения (в первую очередь, коммунальные платежи) плохо коррелируют с уровнем заработной платы основного персонала
<b>Установление индивидуальных тарифов</b>	позволяет более точно учесть объективные различия в затратах на содержание учреждений	усложняет систему тарифов и расчетов со страховыми медицинскими организациями
<b>Использование группировки тарифов</b>	позволяет унифицировать тарифы и создать стимулы к сокращению расходов на содержание учреждений	может сделать тарифы невыгодными для учреждений с учетом их реальных затрат на содержание учреждений

ляются в МО.

В случае включения расходов на содержание в тариф (расширенный тариф) в зависимости от региональных особенностей решаются следующие вопросы:

- Включать затраты на содержание учреждения в тариф или в дополнительную составляющую тарифа?

- При включении в дополнительную составляющую тарифа осуществлять ли это в фиксированном виде или в виде коэффициентов?

- К каким базам применять коэффициенты, если будет принято решение о применении коэффициентов?

- Устанавливать индивидуальные тарифы или осуществлять группировку?

- Каким образом определять сумму затрат на содержание учреждений (исходя из расчетной величины потребности или исходя из средств, выделявшихся ранее соответствующими бюджетами на эти цели)?

В зависимости от выбранного подхода на территориях реализуются различные подходы к наполнению тарифа расходами на содержание:

- по принципу дополнительной оплаты «надтарифной части» - передача 1/12 от годовой суммы причитающихся средств на содержание учреждения с учетом переданных из бюджета средств и поправочных коэффициентов;

- по принципу дополнительного тарифа;

- по поправочному коэффициенту для разных видов учреждений;

- по индивидуальным коэффициентам для каждой медицинской организации (от факта исполнения);

- по принципу дополнительных коэффициентов и т.д.

Все эти методы объединяет одно: финансовые средства распределяются ежемесячно, «погоня» их объем под запланированными затратами на содержание.

Казалось бы, принципы одноканальности и наполнения тарифа соблюдены, но в системе ОМС дошли до конечного потребителя – пациента, согласитесь, это не полный тариф и не принцип ОМС «деньги следуют за пациентом» и «в системе ОМС оплата производится за оказанную медицинскую помощь по тарифам». По сути схема бюджетного финансирования осуществляется через внебюджетный фонд и компенсируется МО. Поэтому достаточно сложно признать такую схему прогрессивной и экономически эффективной. К тому же получается, что по бюджету мы распределяем средства на модернизацию, совершенно не ориентированы на качество, ни тем более, на качество оказываемой медицинской помощи.

Кроме того, поступление в МО целевых средств по различным потокам сохраняет для руководителя МО сложности с их практическим использованием на те или иные нужды.

Конечно, на практике руководитель МО имеет право расходовать все средства, поступившие в МО независимо от источника (по основному тарифу или на содержание) на любые направления, связанные с оказанием медицинской помощи в системе ОМС. Арбитражная практика на примере Самарской области подтвердила (поставив под сомнение целесообразность работы в этом направлении контрольно-регламентной службы ТФОМС).

Поэтому о переходе на полный тариф и одноканальное финансирование, на наш взгляд, можно говорить только после включения всех финансовых средств в состав тарифа на медицинские услуги и оплаты этих услуг исключительно по тарифам.

Как непосредственно просчитать эти статьи? Первый вариант – нормативный, отталкиваясь от стоимости, предусмотренной в Территориальном комплексе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ОМС.

Второй – отталкиваясь от калькуляции стоимости оказания медицинской помощи. И тот и другой вариант рекомендованы на федеральном уровне (2, 3). При этом указывается, что «расчет относительного коэффициента относительной затратоемкости и КПГ проведен с учетом стоимости стандартов медицинской помощи». То есть, делается предположение, что существуют расчеты стоимости федеральных стандартов и их совокупность соответствует финансовым нормативам федеральной программы государственных гарантий.

В это сложно поверить, поскольку, во-первых, стандарты есть не по всем нозологиям, во-вторых, результаты программы модернизации здравоохранения в части внедрения стандартов в регионах выявили существенный рост тарифов при внедрении стандартов, превышающий реальные возможности систем ОМС. В-третьих, если такие расчеты существуют, почему они не внедрены в качестве единых тарифов на всей территории РФ?

Поэтому, на наш взгляд, единственным реальным вариантом является нормативный метод, изложенный в «Методических рекомендациях...», утвержденных Приказом ТФОМС от 14.11.2013г. № 229.

Что же касается расчета доли тарифа в части расходов на содержание, то мы предлагаем воспользоваться опытом разработки и использования полного тарифа на территории Самарской области в конце 80-90 годов прошлого века в рамках сначала т.н. «нового хозяйственного механизма (НХМ) в здравоохранении», а затем в рамках одноканального финансирования в системе ОМС.

Нелишне напомнить, что в те годы, несмотря на несколько другие правила игры на уровне РФ, в Самарской области практически все виды помощи входили в систему ОМС (в т.ч. скорая

медицинская помощь, социальнозначимые заболевания (туберкулез, психиатрия, венерология, наркология, санатории и т.д.). Сейчас это воспринимается как стратегическая задача развития системы здравоохранения, а по тем временам было революцией.

Одновременно с этим действовал и полный тариф на медицинские услуги, который включал все статьи расходов, включая расходы на содержание, кроме приобретения дорогостоящего оборудования и капитального ремонта.

Как же он был рассчитан?

В 1991 году на примере 100 000 историй болезни стационарных больных, получивших медицинскую помощь в 1990 году, были сформированы клиничко-статистически связанные группы (КСГ), объединенные по принципу схожести диагностических и лечебных методов, а также стоимости одного койко/дня.

Для этого потребовалось разработать методику ценообразования на основе принципа калькуляции всех (!) фактических затрат на один случай оказания медицинской помощи усредненной длительности, определить затраты на один койко-день по профилю отделения, исходя из мощности типовой 500-коечной больницы. Соответственно, и оплата медицинских услуг стала производиться по стоимости преискурантной группы КСГ.

Учитывая существовавшую на тот момент категориальность МО, в тарифы также была заложена градация (коэффициент доплаты за категорию ЛПУ).

Достоинствами подобной методики явился более детальный подход к дифференциации нозологий по степени тяжести и тому же объем расходов внутри ЛПУ на конкретный случай оказания медицинской помощи стал в значительной мере предсказуем.

К недостаткам подобной методики ценообразования можно отнести:

- необходимость постоянного мониторинга индекса потребительских цен и индекса инфляции);
- отсутствие гибкости в ценовой политике при внедрении новых медицинских технологий;
- сохранение принципа зависимости стоимости лечения от преискурантной категории лечебно-профилактического учреждения;
- возникновение потребности в необеспеченного сокращения объема услуг, оказываемых пациентам;
- стационарам стало экономически выгодно лечить только «легких», выставляя счет на оплату «более дорогостоящим» КСГ.

Применение единого тарифа позволило внедрить принцип однократности, а вскоре привело к тому, что уже в 1996 году на территории Самарской области отказались от категориальности МО и градации оплаты медицинских услуг в

зависимости от статуса больницы. То есть, был внедрен принцип оплаты только в зависимости от сложности нозологии. Результатом стало то, что высокоспециализированным больницам стало экономически невыгодно оказывать «простую» медицинскую помощь, а низкоспециализированные больницы же имели возможности оказывать «дорогую» помощь, поскольку СМО через медицинскую экспертизу тщательно контролировали оказание помощи в зависимости от уровня услуги.

Конечно, на сегодняшний момент расчет тарифа только на примере одного типового МО нецелесообразно и «подгонять» тариф под каждое учреждение (исходя из категориальности МО и уровня) было бы шагом назад.

Поэтому, с другой стороны, целесообразным является произвести расчет составляющей «на содержание», исходя из трех уровней типовых МО (например, 1000/500/300 койко-дней) и привязать эту составляющую не к конкретному уровню МО, а к уровню медицинской услуги, которая также градируется на три уровня.

Таким образом, в стоимости лечения простого неосложненного аппендицита составляющая на содержание будет применена, рассчитанная на МО низкого уровня (300 койко-дней стационар), а стоимость лечения острого коронарного синдрома (ОКС) будет взята из обсева высокоспециализированного МО (1000 койко-дней стационара).

В заключение хочется отметить, что при таком подходе, конечно, будут сложности с содержанием нетиповых МО, тем не менее, мы можем реально говорить о полном тарифе и соблюдении основных принципов ОМС «деньги следуют за пациентом» и «лечение аппендицита в любой больнице должно осуществляться в соответствии со стандартом и стоить одинаково».

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Булаев С. Вопрос-ответ // Бюджетные учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2010, № 11. С. 44-47. URL: <http://www.lawmix.ru/medlaw/612> (Дата обращения: 21.01.2013).
2. Письмо МЗ РФ от 20.12.2012 г. № 14-6/10/2-5305 «Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клиничко-статистических групп болезней (КСГ).
3. Приказ ФОМС от 14.11.2013 г. № 229 «Об утверждении «Методических рекомендаций по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационара на основе групп заболеваний, в том числе клиничко-статистических групп болезней (КСГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования.
4. Приказ Минздрава РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 03.03.2011 N 1998). URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=120516>



- (Дата обращения: 21.01.2013).
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 30.12.2010 № 1240н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и программ модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=130871> (Дата обращения: 21.01.2013).
  - Приказ ФФОМС от 28 июня 2010 г. № 123 «О мониторинге перехода субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=103240> (Дата обращения: 21.01.2013);
  - Сайт министерства здравоохранения Российской Федерации <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 21.01.2015).
  - Сайт Федерального Фонда ОМС Российской Федерации. URL: <http://www.ffoms.ru>
  - Сайт Министерства здравоохранения Самарской области, URL: [http://www.samregion.ru/authorities/ministry/health\\_min](http://www.samregion.ru/authorities/ministry/health_min) (дата обращения: 21.01.2015).
  - Сайт территориального фонда ОМС Самарской области. URL: <http://www.samtffoms.ru>
  - Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Самарской области на 2014 год от 31.01.14.
  - Указ Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. N 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». URL: <http://base.garant.ru/191419/> (дата обращения: 21.01.2013).
  - Булаев С. Вопрос-ответ // Бюджетные учреждения здравоохранения: бухгалтерский учет и налогообложение. 2010, № 11. С. 44-47. URL: <http://www.lawmix.ru/medlaw/612>(Дата обращения: 21.01.2013).
  - Письмо МЗ РФ от 20.12.2012 г. № 14-6/12-53 «Рекомендации по способам оплаты медицинской помощи в рамках программы государственного гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ) за счет средств системы обязательного медицинского страхования» URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=103240> (дата обращения: 21.01.2013).
  - Сайт министерства здравоохранения Российской Федерации URL: <http://www.rosminzdrav.ru> (дата обращения: 21.01.2015).
  - Сайт Федерального Фонда ОМС Российской Федерации. URL: <http://www.ffoms.ru> (дата обращения: 21.01.2015).
  - Сайт Министерства здравоохранения Самарской области, [http://www.samregion.ru/authorities/ministry/health\\_min](http://www.samregion.ru/authorities/ministry/health_min) (дата обращения: 21.09.2015).
  - Сайт территориального фонда ОМС Самарской области. URL: <http://www.samtffoms.ru>
  - Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Самарской области на 2014 год от 31.01.14.
  - Указ Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. N 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации». URL: <http://base.garant.ru/191419/> (дата обращения: 21.01.2013).

## IS “THE FULL RATE” IN THE COMPULSORY MEDICAL INSURANCE (CMI ) SYSTEM REALLY FULL?

© 2015 A.V. Chebykin<sup>1</sup>, D.Ju. Konstantinov<sup>2</sup>, M.Ju. Zasiipkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medical Institute «REAVIZ»  
Samar State Medical University

The course on building of single-channel financing based on the standards of medical care through a system of compulsory medical insurance (CMI) in the health system of the Russian Federation assumes as one of the main channels of financing through the health system by CHI payment of medical services in the form of so-called “full” rate.

Keywords: compulsory health insurance, “full” rate, single-channel financing, health insurance company.

Andrei Chebykin, Associate Professor of Public Health and Health Care. E-mail: [chebykin@reaviz.com](mailto:chebykin@reaviz.com)

Dmitrii Konstantinov, Associate Professor of Department of Infectious disease with Epidemiology course.

Mikhail Zasiipkin, Professor of Public Health and Health Care.