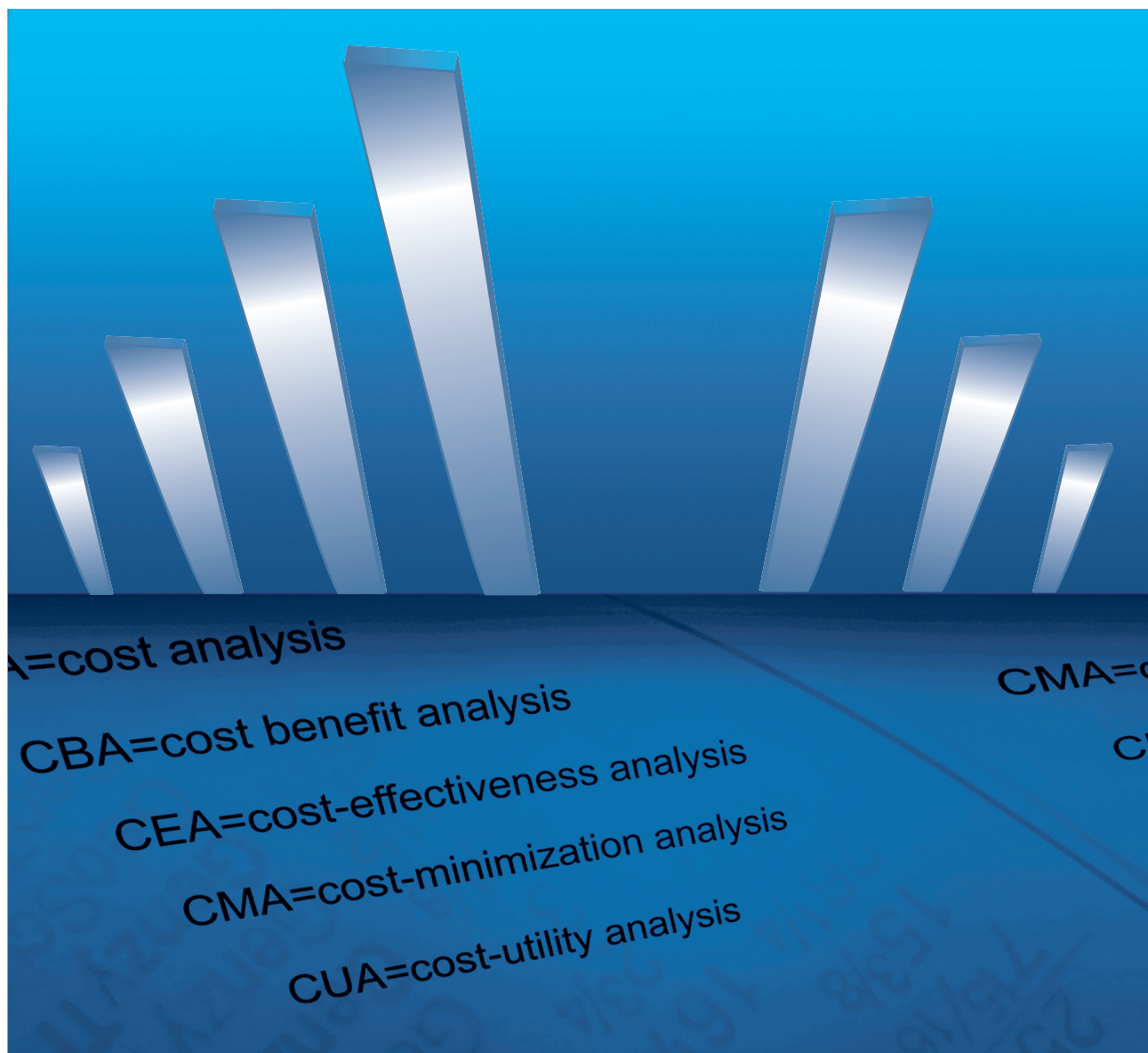


Фармакоэкономика

Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomic and Pharmacoepidemiology

2019 Vol. 12 No4

www.pharmacoeconomics.ru

- Фармакоэкономические аспекты применения ингибиторов циклинзависимых киназ 4 и 6 в первой линии терапии местно-распространенного или метастатического рака молочной железы
- Оптимизация лекарственного обеспечения пациентов со злокачественными новообразованиями на уровне субъекта Российской Федерации
- Оценка технологий здравоохранения в Австралии

№4 ^{Том 12}
2019



Эволюция методов оплаты медицинской помощи

Омельяновский В.В.^{1,2}, Сисигина Н.Н.^{1,2}, Федяева В.К.^{1,3},
Мусина Н.З.^{3,4}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский финансовый институт Министерства финансов Российской Федерации» (Настасьинский пер., д. 3 стр. 2, Москва 127006, Россия)

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» (просп. Вернадского, д. 82, Москва 119571, Россия)

³ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Хохловский пер., вл. 10 стр. 5, Москва 109028, Россия)

⁴ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (ул. Трубецкая, д. 8 стр. 2, Москва 119048, Россия)

Для контактов: Сисигина Наталья Николаевна, e-mail: sisigina@nifi.ru

Резюме

Методы оплаты медицинской помощи представляют собой важный элемент системы финансирования здравоохранения, определяющий мотивы деятельности поставщиков услуг. На всем протяжении развития общественного здравоохранения методы оплаты непрерывно совершенствовались в целях стимулирования деятельности, соответствующей общественным целям (расширение доступа, сокращение расходов, улучшение качества услуг), и предупреждения недобросовестного поведения поставщиков. В результате передовые системы здравоохранения прошли путь от простой оплаты по объему и жесткого сдерживания затрат к комплексным системам оплаты, сочетающим контроль расходов со стимулированием повышения качества помощи и эффективности расходов. В настоящий момент в развитых странах разрабатывается новое поколение методов оплаты, направленное на мотивацию поставщиков к улучшению объективных отдаленных исходов лечения (продолжительности и качества жизни пациента). Отечественная система оплаты гарантированной медицинской помощи соответствует лучшим международным практикам в части стационарной медицинской помощи, но отстает в области первичного звена. Приоритетной задачей развития является внедрение в систему оплаты амбулаторной медицинской помощи систематического учета показателей качества.

Ключевые слова

Методы оплаты медицинской помощи, оплата по подушевому нормативу, оплата за законченный случай, плата за услугу, плата за результат.

Статья поступила: 11.11.2019 г.; в доработанном виде: 06.12.2019 г.; принята к печати: 27.12.2019 г.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии необходимости раскрытия финансовой поддержки или конфликта интересов в отношении данной публикации.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Для цитирования

Омельяновский В.В., Сисигина Н.Н., Федяева В.К., Мусина Н.З. Эволюция методов оплаты медицинской помощи. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная Фармакоэкономика и Фармакоэпидемиология*. 2019; 12 (4): 318-326. DOI: 10.17749/2070-4909.2019.12.4.318-326.

Evolution of healthcare provider payment mechanisms

Omelyanovskiy V.V.^{1,2}, Sisigina N.N.^{1,2}, Fedyayeva V.K.^{1,3}, Musina N.Z.^{3,4}

¹ Financial Research Institute of the Ministry of Finance of the Russian Federation (3-2 Nastasyinsky pereulok, Moscow 127006, Russia)

² Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (82 Vernadskogo prospect, Moscow 119571, Russia)

³ Center for Healthcare Quality Assessment and Control of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation (10-5 Khokhlovskii pereulok, Moscow 109028, Russia)

⁴ Sechenov University (8-2 Trubetskaya Str., Moscow 119048, Russia)

Corresponding author: Natalya N. Sisigina, e-mail: sisigina@nifi.ru

Summary

Methods of payment to care providers constitute an essential part of the healthcare financing system; these mechanisms determine the motivation of service providers. Throughout the history of public health care, the payment methods have been gradually improved so to stimulate the providers to best match the societal demands (greater access to health services, cost reduction, and better quality) and prevent “moral hazards”. As a result, the most advanced healthcare systems have stopped paying simply for service volume and rigorously restraining the costs. Instead, the updated system is based on the integrated payments combining the elements of cost control with the stimuli that promote a high quality and better access to healthcare service. At present, the new payment mechanisms aiming at improving the long-term treatment outcomes (life expectancy and quality of life) are available. The care provider payment system existing in Russia, by large, corresponds to the best international practices as far as the hospital care is concerned. However, the payment arrangements in the primary care network still lag behind the international standards. To improve the situation, quality indicators should be included in payments for primary care services.

Key words

Per capita rate, case-based payment, fee-for-service, pay for performance, pay-for-results.

Received: 11.11.2019; **in the revised form:** 06.12.2019; **accepted:** 27.12.2019.

Conflict of interests

The authors declare they have nothing to disclosure regarding the funding or conflict of interests with respect to this manuscript.

All authors contributed equally to this article.

For citation

Omelyanovskiy V.V., Sisigina N.N., Fedyayeva V.K., Musina N.Z. Evolution of healthcare provider payment mechanisms. *FARMAKOЭКОНОМИКА. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOЭКОНОМИКА. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2019; 12 (4): 318-326 (in Russian). DOI: 10.17749/2070-4909.2019.12.4.318-326.

Введение / Introduction

Оплата медицинской помощи представляет собой заключительный этап финансирования здравоохранения, функциями которого являются обеспечение поставщиков медицинской помощи необходимыми ресурсами (ставка оплаты) и создание стимулов для поставщиков к оказанию помощи, наиболее полно соответствующей потребностям покупателя (методы оплаты) [1]. В узком смысле к методам оплаты относят только механизмы, непосредственно обеспечивающие передачу средств от покупателя к поставщику медицинской помощи (расчет и осуществление оплаты). Расширенная трактовка включает в состав методов оплаты вспомогательные механизмы, обеспечивающие взаимодействие покупателя и поставщика (например, порядок контроля качества и обоснованности оказанной помощи) [2].

В отличие от жесткого административного регулирования экономические стимулы, формируемые методами оплаты, задействуют собственные интересы поставщика, что часто делает их более эффективным инструментом корректировки рыночного поведения. Известные на сегодня методы оплаты способны формировать пять основных мотивов поведения поставщика [3]:

- увеличение числа случаев оказания медицинской помощи;
- увеличение числа оказанных услуг в расчете на случай лечения;
- сокращение совокупных расходов за период;
- сокращение расходов в расчете на оказание единицы помощи;
- улучшение качества оказанных услуг и здоровья населения.

Каждому мотиву соответствует несколько возможных стратегий поставщика, включающих как добросовестные, так и недобросовестные формы. В частности, стратегии сокращения совокупных расходов могут принимать общественно полезные формы предупреждения оказания необоснованных или дублирующих услуг, выбора наиболее экономически эффективных услуг и лекарств среди аналогов, расширения профилактической деятельности и оптимизации административных расходов. Этот же мотив способен порождать негативные стратегии уклонения от оказания помощи или прикрепления пациентов с высоким уровнем медицинского риска, а также необоснованного перенаправления пациентов к иным поставщикам.

Покупатель управляет мотивами деятельности поставщиков посредством выбора момента определения размера оплаты (до или после оказания помощи)¹ и основания оплаты (затраченные ресурсы или результаты деятельности, конкретные единицы оплаты) [2]. Сочетание указанных характеристик определяет конкретные методы оплаты (**таблица 1**).

Момент определения размера оплаты определяет приоритетное направление действий поставщика. Ретроспективная оплата стимулирует поставщика к наращиванию объемов (услуг, закончен-

¹ Согласно [2], определяющим параметром также является момент установления ставки оплаты, однако к настоящему моменту установление ставки после оказания медицинской помощи с учетом фактически понесенных расходов вышло из употребления в развитых странах.

Таблица 1. Базовые характеристики основных методов оплаты медицинской помощи.

Table 1. Basic characteristics of main provider payment methods in healthcare.

Метод / Method	Определение размера оплаты / Payment rate setting	Основание / Ground for payment	Единица оплаты / Payment unit
1. Простая оплата по объему / Pay per volume			
Плата за услугу / Fee-for-service	Ретроспективно / Retrospectively	Результат / Outputs	Услуга / Service
2. Сдерживание затрат / Cost control			
Глобальный бюджет (по задачам) / Global budget (per tasks)	Перспективно / Prospectively	Результат / Outputs	Обслуживание прикрепленного населения в течение установленного периода / Serving an assigned population during a specified period
Глобальный бюджет (по затратам) / Global budget (per costs)	Перспективно / Prospectively	Ресурсы / Inputs	Содержание медицинской организации в течение установленного периода / Maintenance of medical organization for a specified period
3. Стимулирование эффективности / Promoting efficiency			
Плата по подушевому нормативу / Per capita payment	Ретроспективно / Retrospectively	Результат / Outputs	Обслуживание одного пациента в течение установленного периода / Service per patient during a specified period
За законченный случай / Case-based payment	Ретроспективно / Retrospectively	Результат / Outputs	Законченный случай лечения / Completed treatment case
4. Стимулирование качества / Promoting quality			
За результат / Pay-for-performance	Ретроспективно / Retrospectively	Результат / Outputs	Выполненный целевой показатель / Target met

Источник: составлено авторами с использованием материалов [2].

Source: compiled by the authors using materials [2].

ных случаев лечения) или иных параметров деятельности (показателей качества, затрат) в зависимости от выбранного основания оплаты. При перспективном установлении размера оплаты основной стратегией повышения собственного дохода поставщика становится экономия полученных средств, что может использоваться для сдерживания роста расходов на здравоохранение.

Выбор основания и единицы оплаты задает конкретные приоритеты поставщика. К настоящему моменту развитые системы здравоохранения стремятся сократить применение методов оплаты, основанных на затраченных ресурсах, в силу формируемых ими негативных стимулов к завышению затрат. Плата по ресурсам сохраняется преимущественно для поставщиков, вынужденных действовать в условиях заведомо недостаточного пациентопотока (обслуживание удаленных и малонаселенных территорий).

Оплата за результат поощряет поставщика к расширению объемов или улучшению качества деятельности. Укрупнение единицы оплаты расширяет возможности поставщика по оптимизации собственной деятельности, формируя дополнительную мотивацию к сокращению расходов, и способствует снижению расходов на администрирование оплаты. Таким образом, ретроспективные методы с использованием укрупненных единиц оплаты (за законченный случай, по подушевому нормативу) создают стимулы как к расширению деятельности, так и к сокращению удельных затрат в расчете на единицу деятельности, что сделало их наиболее популярным выбором среди современных развитых систем здравоохранения. В то же время разработка преискуранта для крупных единиц оплаты (законченный случай, подушевой норматив, глобальный бюджет) отличается высокой сложностью и требует наличия развитой информационной инфраструктуры здравоохранения.

Простая плата по объему / Fee-for-service

Простейшим методом оплаты медицинской помощи является плата за услугу, аналогичная оплате иных потребительских това-

ров и услуг. Оплата производится по факту оказания услуги, единицей оплаты служит конкретный фрагмент оказания медицинской помощи: отдельная диагностическая или лечебная манипуляция, комплекс взаимосвязанных действий (например, консультация врача может включать простейшие диагностические процедуры – измерение роста и веса, артериального давления и т.д.).

Малый размер единицы оплаты не позволяет поставщику получать значительную экономию за счет оптимизации собственной деятельности. Основным механизмом повышения дохода выступает увеличение объемов деятельности (числа случаев лечения, числа услуг в расчете на случай), меры по сокращению затрат в расчете на услугу носят второстепенный характер (табл. 2).

Систематический обзор исследований строгого дизайна, проведенный в 2000 г., подтверждает большой объем оказанных услуг, сокращение числа направлений пациентов на более высокие уровни медицинской помощи и обращений за экстренной медицинской помощью, а также лучшее соответствие объема лечения требованиям клинических рекомендаций при использовании платы за услугу в сравнении с оплатой по подушевому нормативу или на основе заработной платы [4]. Более позднее исследование дополнительно отмечает большую склонность врачей к использованию инновационных методов лечения в условиях платы за результат [5].

В настоящее время большинство развитых общественных систем здравоохранения отказались от использования платы за услугу в качестве основного метода оплаты гарантированной помощи. Причинами стали быстрый и не всегда обоснованный рост расходов на медицинскую помощь и высокие издержки администрирования большого числа малых платежей. Тем не менее эффект увеличения объемов деятельности при переходе к плате за услугу часто используется для стимулирования оказания наиболее эффективных услуг (профилактики и ранней диагностики, переноса услуг из стационарных в амбулаторные условия, внедрения новых технологий) или услуг, предо-

Таблица 2. Стратегии поставщика в условиях платы за услугу и их влияние на качество и эффективность системы здравоохранения.

Table 2. Service provider strategies under fee-for-service and their impact on healthcare quality and efficiency.

Стратегия / Strategy	Качество / Quality	Эффективность / Efficiency
1. Увеличение числа услуг в расчете на случай лечения / Increasing number of services per treatment case		
Наращивание объемов услуг до рекомендованной нормы (профилактика, число посещений в связи с заболеванием) / Increasing volume of services up to the recommended standard (prevention, number of visits due to illness)	+	+
Предложение максимально широкого спектра услуг (включая инновационные услуги) / Offering the largest possible range of services (including innovative services)	+	0
Максимизация самостоятельного лечения, минимизация необоснованных направлений к иным поставщикам / Maximizing in-house treatment, minimizing unreasonable referrals to other providers	0	+
Оказание услуг, сложность которых превышает компетенцию поставщика / Provision of services with complexity exceeding the competence of provider	-	0
Навязывание услуг, не являющихся объективно необходимыми / Imposition of unnecessary services	0	-
2. Увеличение числа случаев лечения / Increasing the number of treatment cases		
Повышение доступности услуг (например, удобный график работы) / Increasing the availability of services (for example, a convenient work schedule)	+	0
Повышение удовлетворенности потребителей / Increasing customer satisfaction	+	0
Сокращение профилактических мер / Reducing preventive measures	0	-
3. Сокращение затрат в расчете на услугу / Reducing per service costs		
Минимизация затрат на оказание услуг / Minimizing the cost of service provision	0	+
Отбор услуг с наиболее выгодными тарифами / Selecting services with the most favorable rates	-	-

Примечание. Здесь и далее в таблицах 3-4 качество медицинской помощи используется в широком понимании, включая как непосредственно клиническое качество услуг, так и доступность и пациентоориентированность помощи. Составлено авторами по материалам [2,3].

Note. Hereinafter in Tables 3-4, the quality of medical care is used in a broad sense, including both the clinical quality of services and accessibility as well as patient-centricity. Compiled by the authors based on materials [2, 3].

Таблица 3 Стратегии поставщика в условиях оплаты методами глобального бюджета и по подушевому нормативу и их влияние на качество и эффективность системы здравоохранения.

Table 3. Provider strategies under global budget and capitation and their impact on healthcare quality and efficiency.

Стратегия / Strategy	Качество / Quality	Эффективность / Efficiency
1. Сокращение объемов оказанной помощи / Reducing the volume of care provided		
Предотвращение наступления и утяжеления заболеваний / Prevention of the onset and worsening of diseases	0	+
Отказ от оказания необоснованных услуг / Refusal to provide unreasonable services	0	+
Уклонение от прикрепления пациентов с повышенным уровнем медицинского риска / Avoid including patients with increased medical risk	-	-
Отказ в необходимой медицинской помощи / Refusal to provide necessary medical care	-	-
Увеличение сроков ожидания / Longer waiting times	-	-
Необоснованное направление пациентов к внешним поставщикам / Unjustified referral of patients to external providers	0	-
2. Привлечение дополнительных пациентов (только в условиях подушевого норматива) / Inviting additional patients (only in case of per capita payment)		
Повышение удовлетворенности пациентов (при условии свободного выбора пациентом поставщика) / Increased patient satisfaction (subject to patient's free choice of provider)	+	0

Примечание. Составлено авторами по материалам [2,3].

Note. Compiled by the authors based on materials [2,3].

ставляемых в недостаточном объеме (например, посещений пациентов с ограниченной подвижностью на дому). Так, в Германии при переходе к подушевому финансированию врачей общей практики (в рамках эксперимента по внедрению модели врача-диспетчера) плата за услугу была сохранена для наиболее эффективных с социальной и экономической точки зрения услуг: регулярных профилактических осмотров лиц старше 35

лет, прививок от гриппа для лиц старше 65 лет, амбулаторной хирургии, лечения психосоматических расстройств [6]. Дания в конце 1980-х гг. отказалась от преимущественно подушевого финансирования в пользу смешанной структуры с преобладанием платы за услугу для первичного звена в целом, при этом для приоритетных услуг были установлены повышенные тарифы [7]. Результаты первого года реформы показали суще-

Таблица 4. Стратегии поставщика в условиях оплаты за законченный случай (в т.ч. по клинико-статистическим группам) и их влияние на качество и эффективность системы здравоохранения.

Table 4. Provider strategies under case-based payment (including payment based on diagnostic-related groups) and their impact on healthcare quality and efficiency.

Стратегия / Strategy	Качество / Quality	Эффективность / Efficiency
1. Сокращение затрат в расчете на один случай / Reducing the costs per case		
<i>а) Сокращение продолжительности лечения / Reducing treatment duration</i>		
Повышение интенсивности оказания помощи / Increasing intensity of care	+	+
Улучшение координации со смежными поставщиками (исключение повторных обследований, корректное разделение ответственности между амбулаторным и стационарным звеном) / Improving coordination with related providers (elimination of re-examinations, rational distribution of responsibilities between outpatient and inpatient personnel)	+	+
Перенаправление «невыгодных» пациентов внешним поставщикам / Referral of "unprofitable" patients to external providers	0	-
Преждевременная выписка / Premature discharge	-	-
<i>б) Снижение интенсивности помощи / Decreased intensity of care</i>		
Исключение необоснованных услуг / Exclusion of unreasonable services	0	+
Замещение дорогостоящих услуг аналогичными по результатам альтернативными услугами / Replacing costly services by equivalently efficient services	0	+
Отказ в необходимых услугах / Refusal to provide necessary services	-	0
<i>в) Отбор пациентов / Patient selection</i>		
Специализация на областях помощи, где поставщик обладает лучшей эффективностью / Focusing on the areas where the provider has the best performance	+	+
Уклонение от лечения относительно сложных случаев / Evasion of treatment for relatively complex cases	0	-
2. Увеличение прибыли в расчете на один случай / Profit increase per case		
<i>а) Пересмотр кодификации диагнозов / Revision of diagnose codification</i>		
Улучшение кодификации диагнозов и лечебных процедур / Improving the codification of diagnoses and treatment procedures	+	0
Манипуляция диагнозами в целях переклассификации случая / Manipulation with diagnoses to reclassify the case	0	-
<i>б) Пересмотр лечения / Treatment revision</i>		
Предоставление избыточных услуг в целях переклассификации случая / Provision of excess services to reclassify the case	-	-
3. Увеличение числа случаев / Increasing the number of cases		
<i>а) Расширение приема / Admission extension</i>		
Сокращение сроков ожидания / Shorter waiting times	0	+
Разделение эпизодов лечения в отдельные случаи / Separation of treatment episodes into individual cases	-/+	-/+
Необоснованный прием пациентов / Unreasonable admission of patients	0	-
<i>б) Улучшение репутации больницы / Improving the hospital reputation</i>		
Улучшение качества услуг / Improving the service quality	+	0
Улучшение отслеживаемых показателей / Improving the measured outputs	+/-	0

Примечание. Составлено авторами по материалам [13].

Note. Compiled by the authors based on materials [13].

ственное сокращение числа направлений к врачам-специалистам [8]. В настоящий момент врачи общей практики самостоятельно завершают 90% обращений [9].

Сдерживание расходов (глобальный бюджет, подушевой норматив) / Cost-containment policies (global budget, capitation)

При использовании перспективных методов оплата происходит до оказания медицинской помощи и не подлежит пересмотру по его итогам. Перспективное определение размера платы резко сокращает число стратегий, доступных поставщику: в случае глобального

бюджета и его вариантов², подушевого норматива в условиях жесткого прикрепления пациентов к поставщику финансовый результат может быть улучшен только за счет сокращения объемов оказанной помощи или расходов на ее оказание. Конкурентный подушевой норматив занимает промежуточное положение между методами оплаты, направленными на сдерживание расходов и стимулирование эффективности. При сохранении в полном объеме стратегий

² Фиксированная заработная плата может рассматриваться как вариант глобального бюджета, покрывающего только расходы на услуги отдельного врача. Сметное финансирование представляет собой глобальный бюджет с предопределенной структурой распределения средств по статьям расходов.

Таблица 5. Примеры адаптации классических методов оплаты медицинской помощи.

Table 5. Examples of adaptation of classical provider payment methods in healthcare.

Метод / Method	Основной риск / Main risk	Меры адаптации / Adaptation measures
Плата за услугу / за законченный случай // Fee-for-service / Case-based payment	Рост объемов медицинской помощи / Increased volumes of medical care	Введение ограничений на оплачиваемый (в полном размере) объем медицинской помощи / Limiting the volume of fully paid medical care
Подушевой норматив / глобальный бюджет // Per capita rate / global budget	Уклонение от прикрепления пациентов с повышенным уровнем индивидуального медицинского риска / Avoiding inclusion of patients with increased individual medical risk	Учет индивидуальных рисков при расчете подушевого норматива / глобального бюджета // Considering individual risks when calculating per capita rate / global budget
Подушевой норматив / глобальный бюджет // Per capita rate / global budget	Перенаправление пациентов к иным поставщикам / Referral of patients to other providers	Ответственность за оплату услуг внешних поставщиков (фондодержание) / Responsibility for payment to external providers (fundkeeping)
Плата за законченный случай / Case-based payment	Манипуляция диагнозами / Manipulation with diagnoses	Переход к оплате по клинко-статистическим группам, совершенствование кодификации / Transition to payment based on diagnostic-related groups, improvement of codification

сокращения расходов, характерных для глобального бюджета, данный метод предоставляет поставщику возможность увеличить доход за счет привлечения дополнительных пациентов, что открывает новый обширный блок стратегий, направленных на повышение удовлетворенности пациентов (табл. 3).

Систематический обзор эффектов трех основных методов оплаты первичного звена (за услугу, по подушевому нормативу, на основе заработной платы) показал, что врачи, получающие заработную плату, характеризуются устойчиво меньшим объемом самостоятельно оказываемых услуг при более высокой доле направлений к внешним поставщикам по сравнению с врачами, оплачиваемыми по подушевому нормативу, и, в особенности, за услугу [10]. По данным исследований реформы финансирования первичного звена в Норвегии, при переходе от платы за услугу к оплате по подушевому нормативу число перенаправлений увеличилось на 42% [11]. Разница в объеме услуг при плате за услугу и методом подушевого норматива оценивается на уровне 20-40% [12].

Перспективные методы оплаты получили широкое распространение в развитых странах во второй половине XX в. в целях сдерживания расходов на здравоохранение после периода экстремально быстрого первоначального роста, но по мере развития медицинских технологий и роста важности здоровья населения отношение к ним изменилось. Высокие риски перехода заболеваний в запущенные формы, ведущие к потерям человеческого капитала или требующие более дорогостоящего лечения для его восстановления, привели к постепенному отказу от данных методов в пользу методов, направленных на стимулирование эффективности и позднее – качества оказания медицинской помощи. Широкое распространение сохраняет только оплата по подушевому нормативу, сочетающая мотивацию к сокращению затрат с заинтересованностью в максимальном удовлетворении потребителя. Глобальный бюджет продолжает применяться для оплаты услуг медицинских организаций, действующих в условиях заведомо недостаточного пациентопотока.

Стимулирование эффективности (плата за законченный случай, в т.ч. по клинко-статистическим группам) / Promoting efficiency (case-based payment, including payment based on diagnostic-related groups)

Результатом поиска новых способов сдерживания затрат без ущерба для эффективности медицинской помощи стала разра-

ботка нового метода платы за законченный случай (в т.ч. по клинко-статистическим группам). При использовании данного метода плата производится по факту оказания медицинской помощи аналогично плате за услугу. Ключевым отличием платы за законченный случай является использование укрупненной единицы оплаты – полного комплекса медицинской помощи, оказываемой в связи со случаем определенного заболевания. В результате поставщик получает мотивацию одновременно к увеличению числа пролеченных случаев и оптимизации расходов в расчете на случай, что соответствует общественным целям по повышению доступности и эффективности оказания медицинской помощи. Тем не менее, плата за законченный случай не исключает возможности реализации поставщиком негативных стратегий (табл. 4).

На практике наиболее распространенным результатом перехода к оплате по законченному случаю стало сокращение продолжительности госпитализации и средних расходов на госпитализацию. Среди потенциально негативных эффектов отмечают перенос долечивания в амбулаторные условия, рост доли плановых повторных госпитализаций и концентрация деятельности больниц в сферах с наиболее высокой прибыльностью [14]. На сегодня оплата по законченному случаю в форме оплаты по клинко-статистическим группам является наиболее распространенным методом оплаты стационарной медицинской помощи в развитых системах здравоохранения.

Стимулирование качества (плата за результат) / Promoting quality (pay-for-performance)

Отсутствие методов оплаты, однозначно стимулирующих поставщиков к улучшению качества услуг и здоровья пациентов, побудило покупателей ввести дополнительные выплаты непосредственно за достижение установленных критериев качества, включая как формальные характеристики процесса оказания медицинской помощи (например, соответствие клиническим рекомендациям), так и промежуточные (например, охват профилактическими мерами) или конечные результаты (например, сокращение смертности). Наличие значимых внешних факторов (например, особенности здоровья пациентов и их поведения) не позволяет использовать плату за результат в качестве основного метода. В странах ОЭСР размер платы за результат составляет в среднем не более 15% в первичном звене и 12% – в секто-

ре амбулаторной помощи в целом [3], 4% – в секторе стационарной помощи [15].

Направления дальнейшего развития / Ways of further development

Системы общественного здравоохранения реагируют на новые вызовы тремя основными способами [3]:

- 1) адаптация классических методов к новым задачам;
- 2) формирование смешанных систем оплаты, включающих два и более методов;
- 3) разработка принципиально новых методов оплаты.

Механизмы адаптации, как правило, направлены на противодействие наиболее опасному или распространенному риску исходного метода (табл. 5).

Смешанные системы оплаты направлены на компенсацию слабых мест отдельных методов путем ввода дополнительных. Чаще всего смешанные системы применяются в оплате услуг первичной медико-санитарной помощи со следующими наиболее распространенными сочетаниями методов:

- подушевой норматив (доступность медицинской помощи в установленное время) + плата за услугу (все значимые услуги);
- подушевой норматив (базовый набор услуг) + плата за услугу (приоритетные услуги);
- подушевой норматив (все значимые услуги) + плата за результат (достижение целевых показателей);
- подушевой норматив (минимальный набор услуг) + плата за услугу (приоритетные услуги) + плата за результат (достижение целевых показателей).

Обзор существующих исследований эффективности смешанных моделей, проведенный экспертами ВОЗ, показал, что в большинстве случаев введение дополнительного метода оплаты способствовало сокращению расходов и повышению эффективности оказания медицинской помощи, включая как объемы (увеличение числа обслуживаемых пациентов и предоставленных услуг, сокращение направлений на более высокие уровни системы здравоохранения и обращений за экстренной медицинской помощью), так и качество предоставленной помощи (сокращение числа госпитализаций и повторных госпитализаций, сроков лечения) [16].

Приоритетом разработки новых методов оплаты медицинской помощи является дальнейшее усиление заинтересованности поставщика в реальном улучшении здоровья прикрепленного населения. Наиболее полное отражение данный принцип получил в концепции ценностно-ориентированного здравоохранения, предлагающей использовать в качестве основания оплаты отдаленные исходы лечения, обладающие объективной значимостью для пациента и отражающие изменения продолжительности и качества жизни [17].

Заключение / Conclusion

По мере развития общественного здравоохранения передовые страны последовательно перешли от простой оплаты по объему к перспективным методам оплаты, направленным на сдерживание расходов, и затем – к методам оплаты, стимулирующим эффективность (плата за законченный случай) и качество медицинской помощи (плата за результат). В настоящий момент начинается внедрение подходов ценностно-ориентированного здравоохранения, целью которого является переориентация поставщиков на объективное улучшение здоровья населения.

Действующая российская модель оплаты гарантированной медицинской помощи соответствует лучшим международным практикам в части оплаты стационарной помощи (по клинико-статистическим группам), но существенно отстает в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. Наиболее распространенным методом оплаты последней остается

оплата по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (64 субъекта РФ³), фактически представляющая собой плату за услугу с использованием дифференцированного подушевого норматива для ограничения предельного размера финансового обеспечения конкретной медицинской организации⁴. Это позволяет охарактеризовать действующую оплату амбулаторной медицинской помощи как смешанную, сочетающую элементы платы за услугу и сдерживания расходов. Механизмы стимулирования эффективности и качества пока не получили сколько-нибудь существенной роли.

Действующая программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи допускает оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в т.ч. с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (фондодержании)⁵, однако данный метод в 2017 г. применялся лишь в 20 субъектах РФ⁶. Элементы фондодержания в 2016 г. использовали 12 субъектов РФ [18].

Рекомендованный порядок учета показателей результативности не вполне соответствует подходам, принятым в международной практике стимулирования качества и эффективности. Обязательным условием получения выплат является исполнение объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС. Это требование противоречит реальным общественным целям в сфере здравоохранения, вынуждая медицинские организации отказываться от оптимизации объемов деятельности. Кроме того, действующее законодательство лишь рекомендует, но не определяет порядок использования принятых целевых показателей при разработке локальных нормативных актов, регулирующих систему оплаты труда⁷. В результате система мотивации, сформированная на уровне медицинских организаций, часто оказывается прерванной или искаженной внутри организации [19].

В последние годы наметилась отчетливая тенденция к стимулированию определенных результатов или направлений деятельности посредством внедрения дополнительных элементов оплаты. С 2019 г. для регионов, внедряющих модель «бережливой поликлиники», стало обязательным распределение дополнительных выплат с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, характеризующих ход внедрения новой

³ Письмо Минздрава России от 27 июня 2018 года № 11-7/10/1-3992 «О внесении доклада Минздрава России о реализации в 2017 году Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

⁴ Совместное письмо от 21 ноября 2018 года Минздрава России № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда ОМС № 14525/26-1/и «О внесении изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

⁵ Постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 года № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

⁶ Письмо Минздрава России от 27 июня 2018 года № 11-7/10/1-3992 «О внесении доклада Минздрава России о реализации в 2017 году Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

⁷ Совместное письмо от 21 ноября 2018 года Минздрава России № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда ОМС № 14525/26-1/и «О внесении изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

модели⁸. С 2020 г. в целях усиления мотивации медицинских работников к проведению профилактических медицинских осмотров, в т.ч. в рамках диспансеризации, их оплата будет производиться за услугу (комплексное посещение) вне общего подушевого норматива финансирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи⁹. Продолжается обсуждение проекта федеральных стимулирующих выплат медицинским работ-

никам за выявление в ходе диспансеризации и профилактических медицинских осмотров онкологических заболеваний¹⁰.

Дальнейшее развитие обособленных программ стимулирующих выплат способно привести к неоправданному усложнению системы оплаты медицинской помощи и ослаблению эффекта отдельных стимулов. Существенное улучшение результатов деятельности национальной системы здравоохранения и, как следствие, здоровья населения, станет возможным лишь при условии внедрения учета конечных результатов (значимых для пациента) в регулярную систему оплаты медицинской помощи.

⁸ Письмо Минздрава России № 11-7/И/2-3440, ФФОМС № 4855/26-2/и от 19 апреля 2019 года «О внесении изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

⁹ Совместное письмо от 21 ноября 2018 года Минздрава России № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда ОМС № 14525/26-1/и «О внесении изменений в Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

¹⁰ Законопроект № 802510-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и статьи 34 и 83 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://sozd.duma.gov.ru/bill/802510-7>.

Литература:

- World Health Organization. The world health report 2000 – Health systems: improving performance. [Electronic resource] URL: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. Accessed: 14.10.2019.
- Langebrunner J.C., Cachin C., O'Dougherty S. (eds.) Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington DC: The World Bank, 2009; 321 p. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7815-1>.
- Shrivastava D., Mueller M., Hewlett E. Better Ways to Pay for Health Care. Paris: OECD Publishing, 2016; 165 p. <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
- Gosden T., Forland F., Kristiansen I., Sutton M., Leese B., Giuffrida A., Sergison M., Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000; Issue 3. Art. No.: CD002215. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002215>.
- Shen J. The Effects of Payment Method on Clinical Decision-making: Physician Responses to Clinical Scenarios. *Medical Care*. 2004; 42 (3): 297-302. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114918.50088.1c>.
- Hofmann S.M., Muhlenweg A.M. Gatekeeping in German primary health care – impacts on coordination of care, quality indicators and ambulatory costs. CINCH Working Paper Series 1605, Universitaet Duisburg-Essen, 2016. [Electronic resource] URL: https://cinch.uni-due.de/fileadmin/content/research/workingpaper/1605_CINCH-Series_Hofmann_Muehlenweg.pdf. Accessed: 15.10.2019.
- Olejaz M., Juul Nielsen A., Rudkjobering A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernandez-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012; 14 (2): 1-192.
- Krasnik A. et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal*. 1990; (300): 1698-1701. <https://doi.org/10.1136/bmj.300.6741.1698>.
- Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (eds), Building primary care in a changing Europe – Case studies. Copenhagen, World Health Organization, 2015; 304 p.
- Vahidi R.G., Mojahed F., Jafarabadi M.A., Gholipour K., Rasi V. A systematic review of the effect of payment mechanisms on family physician service provision and referral rate behavior. *Journal of Pakistan Medical Students*. 2013; (3): 54-60.
- Iversen T., Hilde L. The Effect of Capitation on GPs' Referral Decisions. *Health Economics*. 2000; (9): 199-210. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(200004\)9:3<199::AID-HEC514>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(200004)9:3<199::AID-HEC514>3.0.CO;2-2).
- Sorensen R.J., Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy*. 2003; (66): 73-93. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(03\)00026-5](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(03)00026-5).
- Busse R., Geissler A., Quentin W. Diagnosis-Related Groups in Europe. NY: Open University Press, 2011; 458 p.
- Annear P.L., Huntington D. (eds.) Case-based payment systems for hospital funding in Asia: an investigation of current status and future directions. *Comparative Country Studies*. 2015; 1(2): 132. <https://doi.org/10.1787/9789290617327-en>.
- Milstein R., Schreyogg J. A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries. University of Hamburg, Hamburg Center for Health Economics (HCHE), 2015. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>.
- Feldhaus I., Mathauer I. Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a structured review of the literature. *BMC Health Services Research*. 2018; (18): 996-1010. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3779-1>.
- Porter M.E., Teisberg E.O. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press, 2006; 528 p.
- Саитгареев Р.Р. Показатели результативности при оплате амбулаторной помощи по подушевому нормативу. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2016; 4 (26): 26-31.
- Эффективный контракт для профессионалов социальной сферы: тренды, потенциал, решения. Экспертный доклад / Под ред. Я.И. Кузьминова, С.А. Поповой, Л.И. Якобсона. М. 2017; 141 с.

References:

1. World Health Organization. The world health report 2000 – Health systems: improving performance. [Electronic resource] URL: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. Accessed: 14.10.2019.
2. Langebrunner J.C., Cachin C., O'Dougherty S. (eds.) Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington DC: The World Bank, 2009; 321 p. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-7815-1>.
3. Shrivastava D., Mueller M., Hewlett E. Better Ways to Pay for Health Care. Paris: OECD Publishing, 2016; 165 p. <https://doi.org/10.1787/9789264258211-en>.
4. Gosden T., Forland F., Kristiansen I., Sutton M., Leese B., Giuffrida A., Sergison M., Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2000; Issue 3. Art. No.: CD002215. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002215>.
5. Shen J. The Effects of Payment Method on Clinical Decision-making: Physician Responses to Clinical Scenarios. *Medical Care*. 2004; 42 (3): 297-302. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114918.50088.1c>.
6. Hofmann S.M., Muhlenweg A.M. Gatekeeping in German primary health care – impacts on coordination of care, quality indicators and ambulatory costs. CINCH Working Paper Series 1605, Universitaet Duisburg-Essen, 2016. [Electronic resource] URL: https://cinch.uni-due.de/fileadmin/content/research/workingpaper/1605_CINCH-Series_Hofmann_Muehlenweg.pdf. Accessed: 15.10.2019.
7. Olejaz M., Juul Nielsen A., Rudkjobing A., Okkels Birk H., Krasnik A., Hernandez-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2012; 14 (2): 1-192.
8. Krasnik A. et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *British Medical Journal*. 1990; (300): 1698-1701. <https://doi.org/10.1136/bmj.300.6741.1698>.
9. Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. (eds), Building primary care in a changing Europe – Case studies. Copenhagen, World Health Organization, 2015; 304 p.
10. Vahidi R.G., Mojahed F., Jafarabadi M.A., Gholipour K., Rasi V. A systematic review of the effect of payment mechanisms on family physician service provision and referral rate behavior. *Journal of Pakistan Medical Students*. 2013; (3): 54-60.
11. Iversen, T., Hilde L. The Effect of Capitation on GPs' Referral Decisions. *Health Economics*. 2000; (9): 199-210. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1050\(200004\)9:3<199::AID-HEC514>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1050(200004)9:3<199::AID-HEC514>3.0.CO;2-2).
12. Sorensen R.J., Grytten J. Service production and contract choice in primary physician services. *Health Policy*. 2003; (66): 73-93. [https://doi.org/10.1016/s0168-8510\(03\)00026-5](https://doi.org/10.1016/s0168-8510(03)00026-5).
13. Busse R., Geissler A., Quentin W. Diagnosis-Related Groups in Europe. NY: Open University Press, 2011; 458 p.
14. Annear P.L., Huntington D. (eds.) Case-based payment systems for hospital funding in Asia: an investigation of current status and future directions. *Comparative Country Studies*. 2015; 1(2): 132. <https://doi.org/10.1787/9789290617327-en>.
15. Milstein R., Schreyogg J. A review of pay-for-performance programs in the inpatient sector in OECD countries. University of Hamburg, Hamburg Center for Health Economics (HCHE), 2015. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.08.009>.
16. Feldhaus I., Mathauer I. Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: a structured review of the literature. *BMC Health Services Research*. 2018; (18): 996-1010. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3779-1>.
17. Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press, 2006; 528 p.
18. Saitgareyev R. R. The Indicators of Efficiency in Capitation Payments for Outpatient Care. *Medical Technologies. Assessment and Choice*. 2016; 4 (26): 26-31. (In Russ.).
19. Kuzminov Y. I., Popova S.A., Jakobson L.I. (eds.). Effective contract for professional in social sphere. Expert report. Moscow. 2017; 141 p. (In Russ.).

Сведения об авторах:

Омельяновский Виталий Владимирович – д. м. н., профессор, руководитель Центра финансов здравоохранения НИФИ Минфина России, директор лаборатории оценки технологий здравоохранения Института прикладных экономических исследований РАНХиГС при Президенте РФ. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>; Researcher ID: P-6911-2018; Scopus Author ID: 6507287753.

Сисигина Наталья Николаевна – научный сотрудник Международной лаборатории экономики реформы здравоохранения Института социального анализа и прогнозирования, РАНХиГС; младший научный сотрудник Центра налоговой политики, Научно-исследовательский финансовый институт. E-mail: sisigina@nifi.ru. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; Scopus Author ID: 57205304532; Researcher ID: X-4298-2019.

Федяева Влада Константиновна – научный сотрудник Лаборатории оценки технологий в здравоохранении Института прикладных экономических исследований, РАНХиГС; старший лаборант Центра финансов здравоохранения, Научно-исследовательский финансовый институт; заместитель начальника отдела медицинского обеспечения и стандартизации, ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7730-1237>; Scopus Author ID: 57189502826.

Мусина Нурия Загитовна – к.фарм.н., доцент кафедры фармакологии фармацевтического факультета Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, начальник отдела развития и внешних коммуникаций ФГБУ «ЦЭККМП» Минздрава России, старший научный сотрудник Центра финансов здравоохранения ФГБУ НИФИ Минфина РФ. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6914-6222>; Researcher ID: C-8075-2018.

About the authors:

Vitaly V. Omelyanovskiy – MD, PhD, Professor, Head of the Center for Healthcare Funding, Financial Research Institute of the Ministry of Finance of Russia; Head of the Laboratory for Health Technology Assessment at the Institute of Applied Economic Research, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA). ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>; Researcher ID: P-6911-2018; Scopus Author ID: 6507287753.

Natalya N. Sisigina – Researcher at the Institute for Social Analysis and Forecast, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration; Junior Researcher at the Tax Policy Center, Financial Research Institute; ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9130-2343>; Scopus Author ID: 57205304532; Researcher ID: X-4298-2019.

Vlada K. Fedyaeva – Researcher at the Institute for Applied Economic Studies, Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration; Junior Researcher at the Health Care Finance Center, Financial Research Institute; Deputy Head of the Department of Medical Support and Standardization, Center for Healthcare Quality Assessment and Control, Ministry of Health of the Russian Federation. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7730-1237>; Scopus Author ID: 57189502826.

Nuriya Z. Musina – PhD, Associate Professor at the Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Sechenov First Moscow State Medical University; Head of the Development and Communications Department, Center of Healthcare Quality Assessment and Control, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Senior Researcher at the Center for Healthcare Funding, Financial Research Institute. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6914-6222>; Researcher ID: C-8075-2018.