

Экономическая политика в психиатрии

Шевченко Л.С., Букреева Н.Д.

(Опубликовано – Психиатрия: национальное руководство // Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, А.С. Тиганова. - М., 2009.

Современные экономические отношения в психиатрии классический пример *интеграционной модели* здравоохранения. Такая модель экономических отношений построена на слиянии функций финансирования, управления и оказании медицинской помощи, которая теоретически обеспечивает высокую степень управляемости, однако на практике приводит к бюрократизации отношений, невозможности маневрирования ресурсами, слабой ориентации на потребительский спрос, отсутствию экономической мотивации у медицинского персонала. Экономические отношения постоянно меняются и отражают общественно-политические и социальные изменения в стране. Однако действующая модель экономических отношений в психиатрической службе сдерживает ее дальнейшее развитие, поэтому вполне актуальной и закономерной является разработка новой модели этих отношений, которые находят свое отражение в экономической политике службы.

Экономическая политика в психиатрии - это совокупность долгосрочных стратегий, текущих мер и механизмов их реализации, способствующих наиболее полному удовлетворению потребностей населения в психиатрической помощи, повышению ее качества и доступности.

Рассмотрим подробнее основные составляющие экономической политики учреждений психиатрической службы в области формирования и распределения ресурсов, а также потребления медицинских благ и услуг.

Традиционно отечественная служба психического здоровья строилась на гуманистических принципах: доступности помощи, ее бесплатности для пациента, общественной солидарности. Реализация этих принципов может быть обеспечена 2-мя системами финансирования здравоохранения: *бюджетной и страховой*. Первая формируется из общих налоговых поступлений (налог на прибыль, налог на добавленную стоимость, налог на доходы физических лиц и т.д.) в бюджеты различных уровней. В последующем происходит распределение сформированных бюджетов по отраслям народного хозяйства, при этом решающую роль имеют бюджетные приоритеты. Вторая – из целевых взносов на обязательное медицинское страхование (ОМС). Эти взносы исчисляются в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда, концентрируется в фондах обязательного

медицинского страхования и направляется исключительно на финансирование здравоохранения.

Существующая в настоящее время в России система финансового обеспечения отрасли совместила в себе основные признаки двух вышеназванных систем и получила название *бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения*. В данной системе государство принимает на себя обязательства по обеспечению населения бесплатной и равнодоступной помощью и поддерживает эти обязательства двумя источниками финансирования: и бюджетным, и страховым. Однако наличие двух источников не означает в действительности автоматического увеличения объемов финансирования. Напротив, появляется основание к замене одного источника – другим. Именно такая ситуация характерна для отечественного здравоохранения на протяжении последних десяти лет. Так, за период 1994-2004 г.г. произошло снижение объемов финансирования отрасли за счет государственных средств (средств бюджетов и средств ОМС). Если в 1994 году общий объем государственных поступлений составлял 4,1 % валового внутреннего продукта (ВВП), то в 2004 году всего 2,9 % ВВП. Кроме того, в структуре этих поступлений, удельный вес бюджетной составляющей снизился до 60 % в 2004 году против 77,5 % в 1994 году.

Тенденция на уменьшение бюджетных ресурсов негативно отражается на психиатрии, поскольку она, как социально-значимая дисциплина финансируется только из этого источника. Социологические опросы руководителей учреждений психиатрической службы показывают, что недофинансирование некоторых из этих учреждений достигает 40% от их потребности в обеспечении бюджетными средствами. Крайне сложная финансовая ситуация учреждений психиатрической помощи, их «двойное остаточное финансирование» объясняется не только объективными тенденциями по снижению бюджетных ассигнований, но и тем, что психиатрия не является приоритетом бюджетной поддержки.

Между тем, учитывая масштаб, значимость и последствия психических заболеваний, есть все основания полагать, что психиатрическая служба может рассчитывать на приоритетную поддержку и федеральным, и региональными бюджетами. Подтверждением этой гипотезы служат, прежде всего, данные эпидемиологических исследований, в соответствии с которыми реальное число лиц, нуждающихся в психиатрической помощи, в 3-5 раз превосходят показатели, отраженные в официальной статистической отчетности. В пользу этого предположения свидетельствуют и огромный социальный груз психических заболеваний: высокие показатели временной и постоянной нетрудоспособности, длительные сроки инвалидности, значительный уровень суицидов и др. Экономическая оценка потерь, связанных с психическими заболеваниями также удостоверяет сказанное выше. Нами

установлено, что экономическое бремя психических заболеваний соответствует 1,5-2,0% ВВП страны и складывается из двух компонентов: прямых расходов на лечебно-реабилитационные мероприятия, социальное страхование и социальное обеспечение больных, и прочих прямых расходов (0,4% ВВП) и не прямых (косвенных) потерь, учитывающих недовоспроизведенный ВВП, в связи с преждевременной смертью, стойкой и временной нетрудоспособностью (1,5%ВВП). В общем объеме прямых расходов затраты на лечебно-реабилитационные мероприятия пациентам психиатрических служб составляют 4-5% финансирования здравоохранения или 0,1% ВВП. Для сравнения отметим, что в США прямая поддержка психически больных соответствует 10% объема финансирования здравоохранения, а косвенные потери сопоставимы по объемам аналогичным потерям в нашей стране. Приведенные показатели подтверждают данные социологического опроса руководителей психиатрических учреждений и также свидетельствуют о недофинансировании отечественной службы. Вместе с тем по ряду экспертных оценок увеличение прямых расходов на психиатрическую помощь приводит к снижению косвенных потерь от этих заболеваний.

Таким образом, в действующей бюджетно-страховой системе финансирования улучшить финансовое состояние психиатрической службы возможно только путем переориентации бюджетных приоритетов в ее сторону. В интеграционной экономической модели это достигается лоббированием интересов психиатрической службы на всех уровнях исполнительной власти. Как показывает мировой опыт, привлечь внимание органов, определяющих политику финансирования здравоохранения к проблемам службы можно путем проведения для них регулярных слушаний, конференций и семинаров, на которых акцентируется внимание на масштабах психических заболеваний и их последствиях для общества. Кроме того, к успеху приводит информационная поддержка таких мероприятий в средствах массовой информации; формирование коалиции сил, заинтересованных в решении проблем психического здоровья, в том числе и представителей общественного движения в психиатрии и др..

Как отмечалось выше, общие гуманистические принципы психиатрической помощи могут быть обеспечены и другой системой финансирования здравоохранения – страховой. В условиях стабилизации или подъема экономики в стране этот принцип имеет ряд преимуществ: целевое формирование средств на здравоохранения, снижение зависимости от бюджетных приоритетов, целостность системы. Последнее предполагает доминирование одного канала поступления средств, т.е. переход от бюджетно-страховой системы финансирования к страховой. Психиатрические учреждения становятся субъектами системы обязательного медицинского страхования. Переход на страховые принципы

финансирования является предпосылкой к изменению модели экономических отношений в психиатрической службе: от интеграционной - к контрактной модели.

Контрактная модель строится на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи. Основами этой модели являются договорные отношения между финансирующей стороной и медицинской организацией, принцип «деньги следуют за пациентом» и оплата конечного результата медицинской деятельности. Эти характеристики контрактной модели находят воплощение на этапе распределения ресурсов.

Действующая модель экономических отношений в психиатрической службе построена на *нормативном методе распределения ресурсов* между различными учреждениями (по числу коек, числу посещений, количеству медицинских работников и др.). Такой метод направлен на поддержание существующей системы оказания помощи и не позволяет преодолеть сложившуюся за многие годы неэффективную диспропорцию в структуре ее оказания и финансирования. Действительно, за период 1999-2003 г.г., несмотря на некоторые позитивные сдвиги в структуре объемов оказания психиатрической помощи: они увеличились во внебольничном звене и снизились в стационарном, в структуре финансирования службы соотношение между ними осталось без изменений и составляет 10% к 90% соответственно. Такая пропорция свидетельствует о ее чрезвычайно низкой структурной эффективности. Заметим, что в современном отечественном здравоохранении эффективным соотношением в структуре финансирования признается уровень 45 % для стационарного звена и 55 % - для внебольничного. Таким образом, нормативный метод распределения ресурсов не нацеливает учреждения психиатрической помощи на достижение структурной эффективности службы в целом.

Кроме того, нормативный метод распределения ресурсов не ориентирует и конкретные учреждения на рациональное использование средств. Например, как отмечают исследователи, психиатрические стационары имеют внутренние резервы по сокращению коечного фонда как за счет снижения средней длительности пребывания больного на койке, так и за счет увеличения числа дней ее работы. Однако эти резервы не используются, поскольку учреждения лишены экономических стимулов к сокращению коечного фонда и к расширению объемов деятельности за счет интенсификации его использования.

Таким образом, в психиатрической службе страны сложилась парадоксальная ситуация: в отрасли, где хронически не хватает ресурсов, они направляются, прежде всего, на дорогостоящую больничную помощь и расходуются при этом нерационально. Вместе с тем, очевидно, что ограниченные ресурсы должны использоваться наилучшим образом для более полного удовлетворения потребностей населения в психиатрической помощи. Следовательно, необходимо искать такие методы распределения ограниченных средств,

которые бы стимулировали не только структурную, но и локальную эффективность их использования.

В наибольшей мере требованиям рационального расходования средств отвечают *методы предварительной оплаты медицинской помощи*. Понятие «оплата медицинской помощи» характеризует экономические отношения между финансирующей стороной и медицинской организацией по поводу возмещения затрат на оказание определенного объема помощи. При этом финансирующая сторона планирует и заказывает учреждениям объемы помощи с учетом потребностей пациентов, приоритетов их оказания и имеющихся финансовых ресурсов, а также гарантирует оплату согласованных объемов, т.е. отношения строятся на сознательном управлении объемами и структурой помощи.

Применение такого механизма на практике в рамках действующей интеграционной модели экономических отношений чрезвычайно сложно, поскольку неперенным условием новых методов распределения ресурсов является большая хозяйственная самостоятельность психиатрических учреждений в маневрировании ресурсами, чего невозможно добиться при сметном бюджетном финансировании и директивном управлении. По-сути, при страховой системе финансирования и контрактной экономической модели потенциал этих методов выше.

Рассмотрим наиболее адекватные для психиатрической службы методы предварительной оплаты помощи. Заметим, что принятие решения о выборе метода оплаты должно основываться на соответствии этих методов приоритетным задачам развития территориальной службы психиатрической помощи.

Самым перспективным, с точки зрения сокращения дисбаланса между стационарным и внебольничным звеном помощи, признан *метод полного фондодержания*. В этом случае, центральным звеном в системе экономических отношений становится диспансер. Он получает финансовые средства по нормативу финансирования не только на объем собственной деятельности, но и на стационарную, а также на специализированную скорую помощь, т.е. финансируются не отдельные учреждения, а территориальная служба в целом. Чем шире объем услуг, оказываемых силами диспансера, тем больше средств в нем остается. В результате повышается заинтересованность в увеличении объемов внебольничной помощи, снижается количество необоснованных направлений в стационар. Вместе с тем, следует особо подчеркнуть, что такой метод распределения ресурсов оптимален лишь для финансово благополучных территорий. В противном случае диспансер будет искусственно сдерживать направление пациентов в стационар. Этот недостаток может быть нивелирован посредством другого метода распределения ресурсов – *метода частичного фондодержания*,

т.е. в составе норматива финансирования, кроме объема собственной деятельности, учтена лишь незначительная часть средств для оплаты стационарной помощи.

В контрактной экономической модели психиатрической службы взаимоотношения финансирующей стороны со стационаром в полной мере проявляются при распределении ресурсов по *методу глобального бюджета*. Содержание этого метода в следующем: финансирующая сторона согласовывает со стационаром те объемы помощи, которые подлежат оплате, и фиксирует их в двустороннем договоре. Результатом такого согласования является глобальный бюджет стационара, т.е. сумма финансирования, рассчитанная, исходя из согласованных объемов и стоимости единицы объема помощи. Единицами объема могут выступать законченные случаи лечения в разрезе отдельных нозологий или диагностических групп и т.д. Метод глобального бюджета предусматривает сохранение в стационаре экономии, возникающей от оптимизации структуры оказания помощи. Не вызывает сомнения, что при таких условиях больница будет заинтересована во внедрении ресурсосберегающих технологий. Таким образом, контрактная модель экономических отношений демонстрирует преимущества перед интеграционной моделью, как на этапе формирования, так и на этапе распределения ресурсов.

Все перечисленные выше, принципы и характеристики контрактной модели экономических отношений являются составляющими частями основных положений *модели регулируемого рынка*. Иногда такую модель называют «внутренний рынок» или «планируемый рынок». При этом основные характеристики системы здравоохранения – государственное финансирование, государственные гарантии предоставления населению бесплатной помощи остаются неизменными, а внутри системы используется только часть возможных рыночных механизмов для повышения эффективности деятельности медицинских учреждений.

Важное положение модели регулируемого рынка раскрывается на этапе потребления медицинских благ и услуг. Это положение состоит в обеспечении макро равновесия в системе, т.е. сбалансированности государственных обязательств в отношении предоставления населению бесплатной медицинской помощи и имеющихся финансовых ресурсов.

Попыткой реализации этого положения в нашей стране стала Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. Анализ выполнения Программы госгарантий показал, что в 2005 году дефицит ее финансирования составил 21,4 % от расчетной потребности. В такой ситуации обязательства государства в области оказания населению бесплатной медицинской помощи остаются лишь намерениями, не подкрепленными его экономическими возможностями.

Граждане вынуждены оплачивать гарантированную медицинскую помощь за счет личных средств, в результате чего она становится мало доступной для групп населения с невысоким уровнем доходов. Таким образом, для достижения макро равновесия в системе, а также с целью сохранения доступности медицинской помощи для широких слоев населения необходимо усиление планового и регулирующего начала государственных (центральных и территориальных) органов управления и финансирования здравоохранения. Оно состоит в законодательном утверждении конкретных обязательств по предоставлению населению бесплатной помощи – перечня заболеваний и видов медицинской помощи, а также регламентированных объемов и затрат на ее оказание.

Следует подчеркнуть, что проблему увязки государственных обязательств с их денежным покрытием приходится решать всем странам без исключения, поскольку финансовые ресурсы всегда ограничены, а потребности населения в медицинских услугах практически безграничны. Опыт ряда стран свидетельствует, что обеспечение сбалансированности государственных обязательств с имеющимися финансовыми ресурсами возможно путем упорядоченного привлечения средств населения в софинансирование здравоохранения. В настоящее время там получили распространение следующие механизмы участия населения в софинансировании:

1. сострахование в области обязательного медицинского страхования – участие в формировании фондов ОМС для работающего населения;
2. соплатеж за медицинскую помощь – в каждый момент обращения в медицинское учреждение потребитель платит фиксированную денежную сумму, которая не зависит от объемов и видов помощи (например, при обращении в психоневрологический диспансер - за каждое посещение; в случае стационарного лечения – за каждый койко-день, проведенный в больнице сверх установленного стандартом).

Идея вышеуказанных механизмов участия населения в софинансировании здравоохранения состоит в том, чтобы обеспечить солидарное участие населения в покрытии тех затрат на медицинскую помощь, которые не может взять на себя государство.

Результаты социологических исследований, проведенных в учреждениях психиатрической помощи, показали, что только 70% респондентов (ими являлись родственники больных) готовы в той или иной форме к софинансированию здравоохранения. Большая часть респондентов (85,7%) относилась к группе населения с низким и очень низким уровнем дохода. Таким образом, в связи с ограниченными финансовыми возможностями потребителей психиатрической помощи, их участие в софинансировании здравоохранения представляется весьма проблематичным. Вместе с тем, как показывает опыт западных стран, введение элементов платности (соплатежей) несет в себе меньший

заряд социальных конфликтов, чем невыполнение государственных обязательств в области предоставления населению бесплатной медицинской помощи. При этом отмечается, что участие населения в софинансировании здравоохранения через механизм соплатежа страхового взноса на ОМС обеспечивает большую степень солидарности, поскольку этот соплатеж осуществляется и здоровыми и больными людьми.

В заключение заметим, что цели экономической политики будут достигнуты, если на современном этапе ее развития психиатрическая служба станет приоритетом государственной поддержки; а в перспективе, став субъектом системы ОМС, перейдет на контрактную модель финансирования и модель регулируемого рынка. Обязательным условием в такой перспективе должно быть усиление регулирующей функции государства при определении гарантированных объемов бесплатной помощи и их законодательное закрепление. Только в этом случае может быть соблюден принцип доступности и равенства в получении помощи больными с психическими заболеваниями.

Литература:

1. Солтман Р., Фигейрос Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных тенденций. М., 2000
2. Флек В.О., Кравченко Н.А., Шиляев Д.Р., Вялкова Г.М. Реализация Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2004 году. // Здравоохранение, 2005, № 9, с. 15-24.
3. Шевченко Л.С. Финансирование медицинской помощи: региональный опыт и практические рекомендации. // Психиатрия, 2004, № 5, с. 4-9.
4. Шевченко Л.С., Солохина Т.А. // К вопросу об участии потребителей внебольничной психиатрической помощи в ее софинансировании. // Социальная и клиническая психиатрия, 2006, №1, с. 83-86.
5. Шевченко Ю.Л. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения.// Проблемы управления, 2002, № 3, с. 2-9.
6. Шишкин С.В. и соавт. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. // М., 2004.
7. Экономика здравоохранения: Учебное пособие// Под ред. И.М. Шеймана. М., 2001
8. Ястребов В.С., Солохина Т.А., Шевченко Л.С., Творогова Н.А. Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи.// Социальная и клиническая психиатрия, 2007, 3 1, с. 28-33.

