



ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ИЗ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

С. А. СТЕРЛИКОВ, О. В. ОБУХОВА, И. Н. БАЗАРОВА

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» МЗ РФ, Москва, РФ

В статье приведены принципы и противоречия, заложенные в систему деятельности медицинских противотуберкулезных организаций в системе обязательного медицинского страхования.

Цель исследования: исследовать результативность и экономическую эффективность внедрения системы обязательного медицинского страхования во фтизиатрии.

Материалы и методы. Проводили сравнительный анализ темпа снижения заболеваемости туберкулезом и смертности от него, показателя абациллирования, числа госпитализаций в расчете на одного пациента, числа посещений в расчете на одного пациента, обеспеченности населения врачами-фтизиатрами, заработной платы и начислений на оплату труда в расчете на одного врача, стоимости абациллирования одного пациента с туберкулезом при множественной лекарственной устойчивости возбудителя.

Результаты. Не подтвердилась гипотеза о влиянии системы обязательного медицинского страхования на анализируемые показатели. Доказана нецелесообразность перевода финансирования противотуберкулезных мероприятий в систему обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, финансирование противотуберкулезных мероприятий, фтизиатрия

Для цитирования: Стерликов С. А., Обухова О. В., Базарова И. Н. Эффективность системы финансирования противотуберкулезных организаций из фонда обязательного медицинского страхования // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97, № 5. – С. 8-15. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2019-97-5-8-15>

EFFICACY OF FUNDING OF TUBERCULOSIS CONTROL ACTIVITIES FROM MANDATORY HEALTH INSURANCE FUND

S. A. STERLIKOV, O. V. OBUKHOVA, I. N. BAZAROVA

Central Research Institute for Public Health Organization and Informatization, Moscow, Russia

The article outlines the principles and contradictions inherent in the activities of medical tuberculosis control organizations within the system of mandatory medical insurance.

The objective of the study: to investigate the efficacy and cost-effectiveness of the introduction of mandatory health insurance into tuberculosis control.

Subjects and methods. The following indicators were compared and analyzed: rate of reduction of tuberculosis incidence and mortality, abacillation, the number of hospital admissions per patient, the number of visits per patient, the coverage of population with TB doctors, wages and salary per doctor, the cost of abacillation of one patient with multiple drug resistant tuberculosis.

Results. The hypothesis about the influence of mandatory medical insurance system on the analyzed indicators was not confirmed. It was proved that it was not expedient to transfer funding of tuberculosis control activities into the mandatory health insurance system.

Key words: mandatory medical insurance, funding of tuberculosis control activities, phthisiology

For citations: Sterlikov S.A., Obukhova O.V., Bazarova I.N. Efficacy of funding of tuberculosis control activities from mandatory health insurance fund. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2019, Vol. 97, no. 5, P. 8-15. (In Russ.) <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2019-97-5-8-15>

Внедрение системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в Российской Федерации (РФ) проводилось для привлечения дополнительных финансовых ресурсов в здравоохранение страны, повышения устойчивости системы здравоохранения и предоставления всем гражданам РФ равных возможностей в получении медицинской помощи, обеспеченной за счет страховых взносов и платежей, в объеме и на условиях, соответствующих программам [5, 11]. Доходы бюджетов территориальных фондов ОМС (ТФОМС) формируются в соответствии с бюджетным законодательством РФ [2]. К ним относятся: субвенции из Федерального фонда ОМС, межбюджетные трансферты из бюджета субъекта на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, меж-

бюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ, в случаях, установленных законами субъекта РФ, начисленные пени и штрафы, иные источники, предусмотренные законодательством РФ [4]. Основную часть доходов Федерального фонда ОМС составляют взносы работодателей на работающее население и взносы бюджетов субъектов на неработающее население; доля остальных доходов незначительна. В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и плановый период 2020 и 2021 г. [4], так же как и в предыдущие годы, в базовую программу ОМС не включены заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстрой-

ства поведения. Эти виды медицинской помощи финансируются из средств бюджета субъекта РФ.

Целью перевода видов медицинской помощи, находящихся в финансовой ответственности бюджетов субъектов РФ, в систему ОМС явилась необходимость формирования одноканальной системы финансирования медицинской помощи. Данное направление активно развивалось в отдельных субъектах РФ во время реализации так называемого Пилотного проекта-19 в 2007-2009 гг. Ожидалось, что у медицинских организаций, оказывающих такие виды медицинской помощи, единый распределительный финансовый канал создаст прозрачные и понятные условия получения средств, распоряжения ими, а также повысит эффективность их использования как за счет усиления контроля за их расходованием, так и за счет привязки финансирования к показателям результативности деятельности [9].

Включение оказания фтизиатрической помощи в систему ОМС сопровождается рядом особенностей: в отличие от базовой программы ОМС, оно производится из сверхбазовой программы ОМС (СБОМС), которая целиком финансируется за счет средств бюджета субъекта РФ. С точки зрения источника финансирования практически никаких изменений не происходит, финансирование осуществляется за счет средств бюджета субъекта РФ, передаваемого в ТФОМС, в виде межбюджетного трансферта. Однако при этом меняется подход установления медицинской организации задания на оказание медицинской помощи и на ее оплату.

В бюджетной модели финансирования объемы медицинской помощи, а также нормативы финансовых затрат устанавливаются учредителем медицинской организации в рамках государственного задания, финансирование и контроль выполнения государственного задания осуществляются поквартально. Для контроля выполнения государственного задания, как правило, используются показатели результативности объемов госуслуг и финансирования, оценка же качества оказанных услуг либо не проводится, либо для этого используются отдельные показатели. То есть установление задания, финансирование и контроль выполнения государственных заданий осуществляются учредителем.

В системе ОМС задание устанавливается Тарифной комиссией субъекта РФ по разработке территориальной программы ОМС, оплата осуществляется страховой медицинской организацией по результатам проведения экспертизы и контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи в рамках соответствующего договора на оказание и оплату медицинской помощи. Иначе говоря, установление задания и контроль его выполнения выполняются разными структурами, оплата осуществляется в соответствии с достигнутыми результатами [9].

Вместе с тем в систему финансирования противотуберкулезных организаций (ПТО) посредством ОМС изначально было заложено несколько существенных противоречий.

Социально-профессиональная структура впервые выявленных пациентов с туберкулезом на репрезентативной выборке изучалась в 2010-2011 гг. Из общего числа больных работающие граждане составили 26,8% [1]. По данным 2017 г., 61,2% впервые заболевших туберкулезом были в возрасте 18-44 лет, т. е. в молодом трудоспособном возрасте [3]. Несмотря на это, при финансировании СБОМС (в отличие от базовой программы ОМС) дополнительные средства работодателей в виде страховых взносов на работающее население не привлекаются; все финансирование СБОМС осуществляется из средств бюджета субъекта РФ. Таким образом, одна из целей внедрения системы ОМС в здравоохранении (привлечение дополнительного финансирования [2]) при финансировании из ОМС ПТО не достигается.

В системе ОМС помощь оказывается застрахованным лицам, то есть имеющим полис ОМС. Не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам оплата оказанной медицинской помощи является финансовым обязательством бюджета субъекта РФ. При анализе структуры впервые выявленных пациентов с туберкулезом отмечается существенная доля граждан, которые не имеют полиса ОМС. Согласно данным формы № 8 Федерального статистического наблюдения «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» за 2017 г., из 70 861 впервые выявленных пациентов с туберкулезом 2 498 (3,5%) составляют иностранные граждане, а 1 554 (2,2%) – лица без определенного места жительства. Несмотря на попытку урегулировать данный вопрос Минздравом России [7], нередко у лиц, не имеющих полиса ОМС, отсутствуют документы, позволяющие реализовать п. 9 приказа Минздрава России № 158н от 28.02.2011 г. [6], а администрация субъекта перекладывает финансовую ответственность за оказание им помощи на медицинскую организацию не в рамках дополнительно выделяемых средств, а в рамках текущего финансирования. Имеется две наиболее распространенных категории граждан, заведомо не имеющих полиса ОМС: иностранные граждане и лица без определенного места жительства. И если вопрос с оказанием противотуберкулезной помощи иностранным гражданам преимущественно решается путем их депортации (однако при этом не решается вопрос оказания им медицинской помощи во время ожидания депортации, и ее все-таки приходится им оказывать за счет текущего финансирования медицинской организации), то вопрос оказания медицинской помощи лицам без определенного места жительства и лицам, ведущим асоциальный образ жизни, которые не имеют полиса ОМС, представляет серьезную проблему. В отдельных субъектах

(например, в Республике Татарстан и Тюменской области) медицинская помощь таким лицам оплачивается в качестве «особого случая». Для оплаты медицинской помощи, оказанной таким лицам из средств ОМС, медицинская организация должна подать ходатайство об идентификации застрахованного лица в ТФОМС. ТФОМС осуществляет проверку наличия у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц и представляет результаты в медицинскую организацию. Как правило, медицинские организации, оказывающие помощь таким лицам, получают задание с соответствующим финансированием от учредителя. Аналогичным образом решена проблема с иногородними гражданами. Иностранцы граждане с туберкулезом и наличием бактериовыделения в указанных субъектах в период ожидания депортации изолируются и обеспечиваются питанием, оплачиваемым из средств ОМС.

Концептуальной проблемой является противоречие между целями государственной политики РФ в сфере здравоохранения и задач по повышению уровня заработной платы медицинских работников. Государственная политика РФ в сфере здравоохранения направлена на снижение заболеваемости туберкулезом и смертности от него, что должно привести к снижению числа больных туберкулезом и, соответственно, к снижению числа страховых случаев. С точки зрения специалиста, оказывающего медицинскую помощь в системе ОМС, это должно привести к снижению его заработной платы.

Эффективная система контроля за туберкулезом требует проведения выездов специалистов ПТО в районные филиалы либо туберкулезные кабинеты. Во время этих выездов корректируется система оказания противотуберкулезной помощи, а нередко (в случае оказания противотуберкулезной помощи в отсутствие врача) проводятся назначение и корректировка лечения пациентам, получающим лечение амбулаторно. При этом не возникает страхового случая в виде посещения, и ПТО, осуществляющая эту важную с точки зрения повышения качества оказания противотуберкулезной помощи населению работу, не получает за нее оплату. Таким образом, возникает противоречие между необходимостью работать на достижение эпидемического благополучия по туберкулезу и наличием финансовой заинтересованности в такой работе. В Тюменской области данное противоречие в системе ОМС ликвидируется путем подушевого финансирования амбулаторной помощи ПТО, включающее профилактическую и кураторскую деятельность. В Республике Татарстан, Калининградской, Московской областях и Чукотском автономном округе оплата осуществляется за посещение и обращение, что стимулирует профилактическую деятельность медицинских организаций на указанных территориях, однако не решает вопрос оплаты кураторской деятельности.

Основным отличием системы ОМС, как указано выше, является контроль со стороны страховых медицинских организаций, ТФОМС за выполнением объемов, сроков и качества оказанной медицинской помощи. В ряде субъектов РФ сформированы организационные схемы работы в системе ОМС. В Тюменской области финансирование осуществляется из ТФОМС без посредников в виде страховых медицинских организаций. Поликлиническая и кураторская работа финансируется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся (обслуживаемых) лиц по профилю «фтизиатрия». Стационарная помощь больным туберкулезом финансируется по тарифу законченного случая по категориям: детский, взрослый, легочно-хирургическое лечение, МЛУ, ассоциированный с ВИЧ. Также в рамках сверхбазовой программы финансируется санаторное лечение по тарифу законченного случая для детского санатория. Задача фонда – контроль обоснованности расхода, медико-экономическая экспертиза, контроль качества лечения.

В Республике Татарстан финансирование осуществляется напрямую из ТФОМС только за стационарную медицинскую помощь, оплачиваемую за койко-день. Кураторская деятельность не финансируется. Проводится медико-экономическая экспертиза (пациент, обследование, история, корректность ведения медицинской документации). Экспертиза качества лечения пациента не проводится.

В Калининградской области финансирование осуществляется страховыми медицинскими организациями. Финансирование амбулаторной помощи осуществляется за единицу объема (за посещение, обращение – законченный случай), оплата за случай лечения в стационарных условиях осуществляется по тарифу медико-экономического стандарта (в соответствии с конкретным диагнозом или видом лечения) при наличии у лица полиса ОМС. Проводится медико-экономическая экспертиза.

В Московской области оплата амбулаторной помощи осуществляется по тарифам за посещение и за обращение (законченный случай), в том числе в разрезе возраста пациентов и уровней медицинских организаций. По тарифу за посещение врача-фтизатра осуществляется оплата медицинской помощи, оказываемая в консультативно-диагностических центрах для детей и взрослых. На территории оплаты стационарной помощи в круглосуточном и дневном стационаре осуществляется за законченный случай в разрезе возрастных категорий пациентов и этапов оказания медицинской помощи.

В Чукотском автономном округе финансирование осуществляется через единственную страховую медицинскую организацию-монополиста. Финансирование осуществляется только по фактически проведенной работе. Оценка качества оказания медицинской помощи пациенту производится по различным клиническим рекомендациям, которые могут противоречить друг другу. На основании ре-

гиональных стандартов средний курс стационарного лечения составляет 90 дней. За пребывание пациента в стационаре сверх установленного срока оплата не производится. Профилактическая работа финансируется только в случае наличия документа в виде статистических талонов.

Цель исследования: исследовать результативность и экономическую эффективность внедрения системы ОМС во фтизиатрии.

Материалы и методы

В ходе исследования проверялись гипотезы:

1. Финансирование ПТО через систему ОМС позволяет повысить результативность оказания противотуберкулезной помощи. Данная гипотеза проверялась путем анализа темпа динамики показателей заболеваемости туберкулезом, смертности от него, абациллирования.

2. Финансирование ПТО через систему ОМС позволяет повысить эффективность лечения пациентов с туберкулезом. Для проверки данной гипотезы проведен анализ показателя условной стоимости абациллирования одного пациента с туберкулезом при множественной лекарственной устойчивости возбудителя (МЛУ-ТБ), методики расчета показателя описана [8]. Выбор данного показателя для расчета обусловлен тем, что противотуберкулезные препараты резервного ряда применяются именно для лечения больных туберкулезом, прежде всего с МЛУ возбудителя (в отличие от противотуберкулезных препаратов основного ряда, которые широко используются и для профилактики туберкулеза).

3. Финансирование ПТО через систему ОМС приводит к активизации работы стационарного и амбулаторного звена: увеличению числа госпитализаций и числа посещений на 1 пациента.

Кроме того, проводилась оценка влияния системы финансирования ПТО на кадровый потенциал – обеспеченность населения врачами-фтизиатрами на 100 тыс. населения и на заработную плату и начисления на оплату труда врачей ПТО (с корректирующими коэффициентами, учитывающими целевой уровень заработной платы в регионе в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 30.04.2014 г. № 722-о «Об утверждении плана мероприятий («Дорожной карты») "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности образования и науки"»). Следует отметить, что данный показатель, согласно методике его расчета [10], включает заработную плату и начисления на оплату труда не только врачей, но и биологов, работающих в клиничко-диагностических и бактериологических лабораториях, а также руководящего состава. При анализе данного показателя исключены сведения по Чукотскому автономному округу, поскольку данные, представленные по округу, не позволяли корректно его рассчитать.

Указанные показатели анализировали в 2013-2017 гг. в четырех субъектах РФ (основная группа), ПТО которых финансируются преимущественно из средств ОМС в течение длительного времени: Калининградская и Тюменская области, Республика Татарстан, Чукотский автономный округ. Контрольную группу составили остальные субъекты РФ. Из исследования исключили данные по Московской области, поскольку ПТО Московской области стали финансироваться из средств ОМС начиная с 2015 г. Также из исследования были исключены данные по Республике Крым и Севастополю, поскольку эти субъекты вошли в состав РФ лишь в 2014 г., что сделало невозможным анализ полного динамического ряда показателей.

Для четырех субъектов основной группы рассчитывали медианное значение анализируемых показателей, а для субъектов контрольной группы проводили центильный анализ величины показателей. Выбор непараметрических методов статистического анализа связан как с малым числом субъектов основной группы, так и с асимметричным распределением большинства показателей по субъектам РФ.

Результаты

Центильный анализ динамики основных эпидемиологических показателей (темпы прироста заболеваемости туберкулезом и смертности от него, в % к предыдущему году) в субъектах основной и контрольной групп показан на рис. 1.

Темп роста показателя смертности в субъектах основной группы в период 2013-2015 гг. снижался, что соответствовало ускорению снижения смертности в них; в период с 2014 по 2015 г. смертность существенно снижалась во всех субъектах основной группы, кроме Тюменской области (там отмечался рост смертности на 12%). Минимальное значение темпа роста показателя смертности было достигнуто в 2015 г. (до 20%-ного центиля), после чего оно вернулось к значению 2013 г., т. е. темп роста смертности изменялся случайным образом. Темп роста показателя заболеваемости туберкулезом также изменялся стохастически. В 2017 и 2013 г. он был ниже медианного значения (50%-ный центиль) контрольной группы, в 2014 и 2016 г. – выше (причем в 2014 г. практически достигал значения 80%-ного центиля), а в 2015 г. – соответствовал медианному значению.

Динамика показателя абациллирования представлена на рис. 2.

Показатель абациллирования в субъектах основной группы был ниже медианного его значения в субъектах контрольной группы. За период наблюдения он сместился с уровня, приближающегося к медиане, до положения между 30%-ным и 40%-ным центилями.

Ожидалось, что финансирование ПТО посредством ОМС может позитивно повлиять на частоту госпитализаций, а также на частоту посещений па-

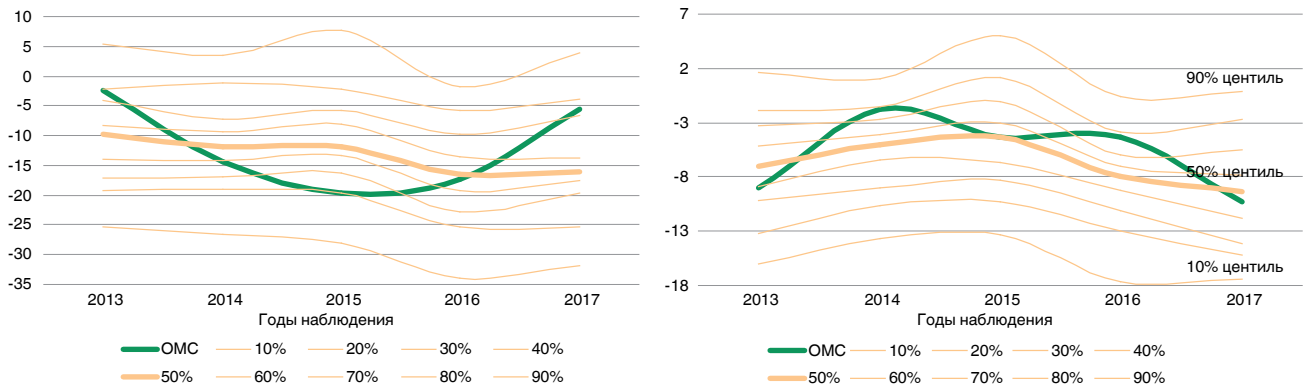


Рис. 1. Динамика темпа изменения (ось Y – в % к предыдущему году) показателей заболеваемости туберкулезом (справа) и смертности от него (слева) в субъектах основной (ОМС) и контрольной групп в 2013-2017 гг. (ось X). На этом и последующих рисунках: зеленая линия – медианное значение показателя в четырех субъектах основной группы (ОМС); оранжевые линии – центильные кривые в контрольной группе, утолщенная серая линия соответствует 50%-ному центиллю

Fig. 1. The rate of change (Y axis as % of the previous year) of tuberculosis incidence (right) and mortality (left) in the subjects of the main (MMI) and control groups in 2013-2017 (X axis). Here and in subsequent figures: the green line is the median value of the indicator in four subjects of the main group (MMI); orange lines are centile curves in the control group, thickened gray line corresponds to 50% centile

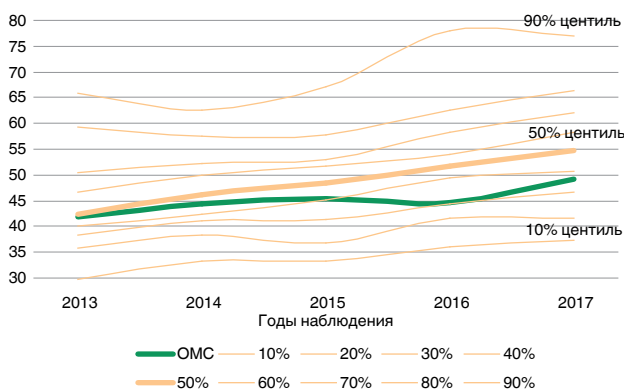


Рис. 2. Динамика показателя абаццилирования в субъектах основной (ОМС) и контрольной групп в 2013-2017 гг.

Fig. 2. Changes in abacillation in the subjects of the main (MMI) and control groups in 2013-2017

циентами врачей на амбулаторном этапе, поскольку в условиях ОМС врачи заинтересованы в оплате труда за фактически проведенную работу. Динамика показателей, отражающих число госпитализаций и амбулаторных посещений по поводу заболевания в расчете на одного пациента, представлена на рис. 3.

В то время как в субъектах контрольной группы отмечался рост числа госпитализаций в расчете на одного пациента, что вполне объясняется стремлением достичь положительной динамики результативности лечения пациентов (в том числе самовольно прекративших лечение в стационарных условиях), в субъектах основной группы такая тенденция не отмечалась; в результате данный показатель в течение периода наблюдения по отношению с субъектами основной группы сместился с 60%-ного центиля до уровня между 20%-ным и 10%-ным центилями. Показатель числа посещений

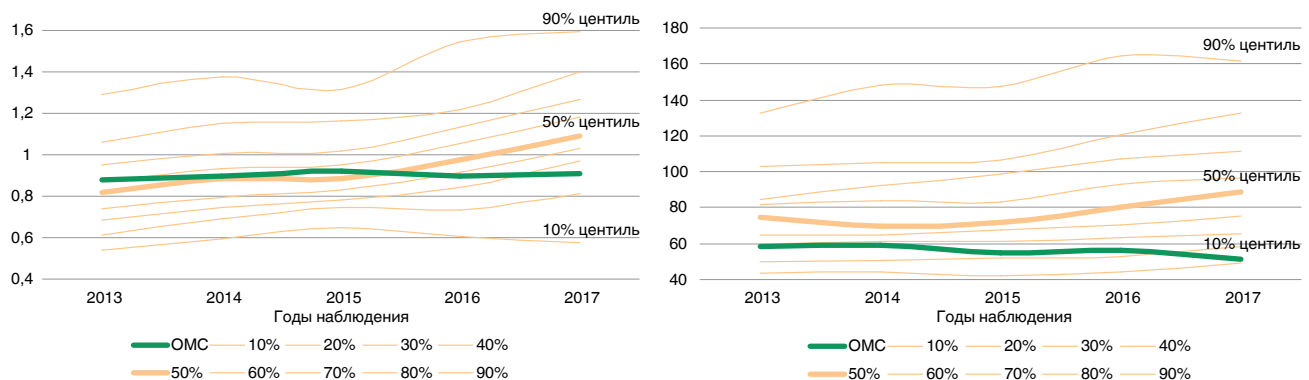


Рис. 3. В расчете на одного пациента: число госпитализаций (слева) и число посещений (справа) в субъектах основной (ОМС) и контрольной групп в 2013-2017 гг.

Fig. 3. Per patient: the number of hospital admissions (left) and the number of visits (right) in the subjects of the main (MMI) and control groups in 2013-2017

пациентами врача-фтизиатра по поводу заболевания в субъектах основной группы изменялся существенно, в то время как в субъектах контрольной группы он возрастал. В результате произошло смещение медианы показателя в субъектах основной группы относительно субъектов контрольной группы с 30%-ного до 10%-ного центиля.

Логично предположить, что при подобной динамике показателей частоты госпитализаций и посещений пациентов по поводу заболевания может отмечаться отток кадров ПТО, в первую очередь врачей-фтизиатров. Также это может привести к

негативным последствиям в виде снижения заработной платы и начислений на оплату труда сотрудников ПТО. Динамика указанных показателей представлена на рис. 4.

Медиана показателя обеспеченности населения врачами-фтизиатрами в субъектах основной и контрольной групп практически не различается. Вместе с тем заработная плата и начисления на оплату труда в расчете на одного врача ПТО в субъектах основной группы по сравнению с субъектами контрольной группы снижались с 80%-ного центиля (2013 г.) до менее 30%-ного центиля (2017 г.).

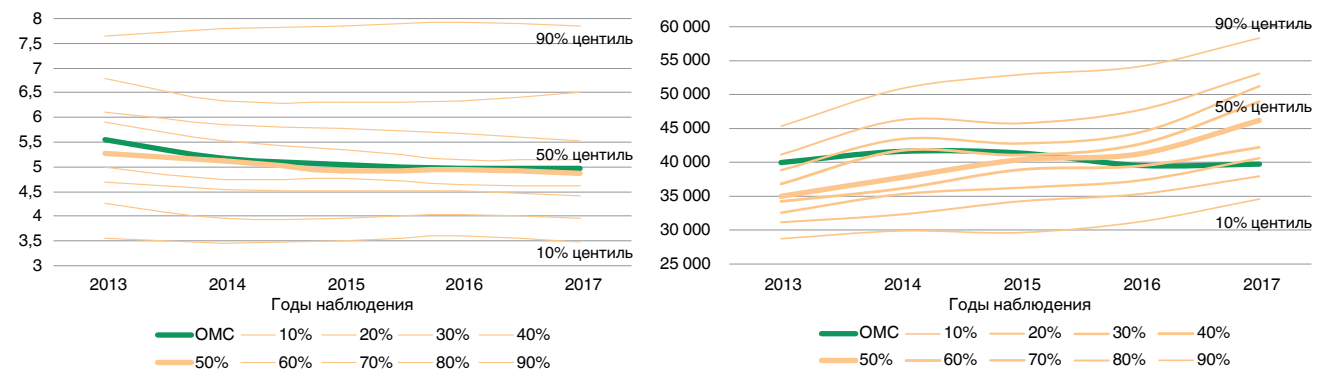


Рис. 4. Динамика показателя обеспеченности населения врачами-фтизиатрами на 100 тыс. населения (слева) и заработной платы с начислениями на оплату труда в расчете на одного врача ПТО (справа) в субъектах основной (ОМС) и контрольной групп в 2013-2017 гг.

Fig. 4. Changes of the indicator reflecting the coverage of the population with TB doctors per 100,000 population (left) and wages with salary per physician of a TB unit (right) in the subjects of the main (MMI) and control groups in 2013-2017

Одной из задач исследования была проверка гипотезы о повышении эффективности функционирования ПТО, работающих в системе ОМС. Повышение эффективности в том числе должно сказаться на эффективности лечения больных МЛУ-ТБ и использования противотуберкулезных препаратов резервного ряда (рис. 5).

Медианная стоимость абациллирования одного пациента с МЛУ-ТБ в регионах основной и контрольной групп не отличалась сколько-либо существенно: медианы показателя были крайне близки.

Закключение

Динамика темпа снижения смертности и заболеваемости в субъектах основной группы малообъяснима и, по-видимому, носит стохастический характер. Таким образом, финансирование ПТО посредством ОМС не влияет на динамику эпидемической ситуации по туберкулезу.

Не подтвердилась также гипотеза о возможном влиянии дополнительного контроля качества лечения пациентов со стороны экспертов ТФОМС и страховых компаний на показатель абациллирования больных туберкулезом.

Отсутствие роста числа госпитализаций в расчете на одного пациента может быть связано со стремле-

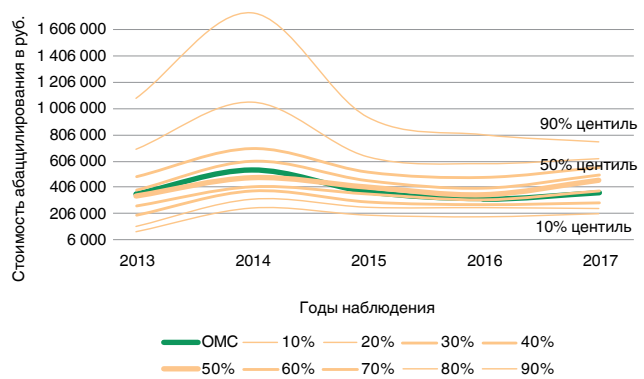


Рис. 5. Стоимость противотуберкулезных препаратов резервного ряда, затраченных на абациллирование одного пациента с МЛУ-ТБ (ось Y – рубли) в субъектах основной (ОМС) и контрольной групп в 2013-2017 гг.

Fig. 5. The cost of reserve anti-tuberculosis drugs spent on abacillation of one patient with MDR-TB (Y-axis) in the subjects of the main (MMI) and control groups in 2013-2017

нием избежать случаев повторной госпитализации пациентов, которые влекут за собой негативную оценку экспертов, оценивающих работу в рамках ОМС. Вместе с тем повторные госпитализации пациентов, досрочно прекративших лечение, необходимы для повышения результативности лечения,

предотвращения передачи туберкулезной инфекции окружающим лицам и достижения целевых эпидемиологических показателей по туберкулезу. В сложившихся условиях странным выглядит низкая частота посещений пациентом врача-фтизиатра. Гипотеза о том, что финансирование деятельности ПТО посредством ОМС приводит к увеличению числа госпитализаций и посещений по поводу заболевания, не подтверждается.

Учитывая отсутствие различий динамики обеспеченности населения врачами-фтизиатрами в субъектах основной и контрольной групп, гипотезу о возможном негативном влиянии финансирования ПТО посредством ОМС на численность врачей-фтизиатров можно отклонить. Вместе с тем, учитывая динамику заработной платы и начислений на оплату труда, такая опасность сохраняется.

Эффективность лечения больных МЛУ-ТБ обратна стоимости их абациллирования. Учитывая близость медиан стоимости абациллирования больных МЛУ-ТБ в основной и контрольной группах, можно сделать вывод об отсутствии решающего влияния финансирования ПТО посредством ОМС на эффективность лечения больных МЛУ-ТБ. Таким образом, несмотря на предполагаемую работу внешних экспертов при финансировании ПТО посредством ОМС, это не приводит к повышению эффективности лечения больных МЛУ-ТБ.

Финансирование ПТО посредством ОМС не приводит ни к росту результативности, ни к росту эффективности их работы. Не увеличивается и объем работы врачей-фтизиатров относительно числа пациентов. В связи с этим финансирование ПТО посредством ОМС представляется лишним звеном в организации финансирования ПТО, которое в ряде

субъектов создает дополнительные организационные проблемы при оказании медицинской помощи, требует дополнительных ресурсов, однако не приводит к значимым позитивным эффектам.

В случае продолжения финансирования ПТО посредством ОМС для частичной компенсации негативных эффектов следует внедрить порядок идентификации пациентов, не идентифицированных и не застрахованных в системе ОМС, и порядок оплаты оказанной им медицинской помощи. Оплату деятельности, не связанной напрямую с объемными показателями (например, кураторская деятельность, работа в очагах и др.), осуществлять в виде подушевого норматива в амбулаторных условиях. Целесообразно разработать и утвердить в тарифных соглашениях показатели оценки эффективности и результативности оказания фтизиатрической помощи населению для медицинских организаций, оказывающих противотуберкулезную помощь.

Благодарность

Авторы выражают благодарность за консультационное по теме статьи:

- руководителю Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ д.м.н., проф. О. Б. Нечаевой;
- главному врачу ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» А. П. Алексееву (Республика Татарстан);
- главному врачу ГБУЗ ТО «Областной противотуберкулезный диспансер» Н. Д. Пироговой (Тюменская область);
- начальнику отделения статистики ГБУЗ «Чукотская окружная больница» Е. В. Ширококорядовой (Чукотский автономный округ).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белиловский Е. М., Борисов С. Е., Сон И. М., Нечаева О. Б., Галкин В. Б., Баласанянц Г. С., Данилова И. Д., Пашкевич Д. Д. Заболеваемость туберкулезом в Российской Федерации // Туберкулез в Российской Федерации. - 2012/2013/2014 гг. - С. 29-74.
2. Бюджетный кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 31.07.1998 г. № 145-ФЗ (ред. от 03.08.2018 г. изм. от 11.10.2018 г.).
3. Нечаева О. Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России // Туб. и болезни легких. - 2018. - № 8. - С. 15-24.
4. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и плановый период 2020 и 2021 гг.: Постановление Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506.
5. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 29.07.2018 г.).
6. Об утверждении правил обязательного медицинского страхования: Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. № 158н.

REFERENCES

1. Belilovsky E.M., Borisov S.E., Son I.M., Nechaeva O.B., Galkin V.B., Balasanyants G.S., Danilova I.D., Pashkevich D.D. *Zabolevaemost tuberkulezom v Rossiiskoy Federtsii. Tuberkulez v Rossiiskoy Federtsii 2012/2013/2014 gg.* [Incidence of tuberculosis in the Russian Federation. Tuberculosis in the Russian Federation in 2012/2013/2014]. pp. 29-74.
2. Budget Code of the Russian Federation: Federal Law no. 145-FZ as of 31.07.1998 (revision as of 03.08.2018 with amendments as of 11.10.2018). (In Russ.)
3. Nechaeva O.B. TB situation in Russia. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, no. 8, pp. 15-24. (In Russ.)
4. On the programme of state guarantee of the free medical care provision for the population for 2019 and planned period of 2020 and 2021. Edict no. 1506 by the Russian President as of December 10, 2018. (In Russ.)
5. On Mandatory Medical Insurance in the Russian Federation: Federal Law no. 326-FZ as of 29.11.2010 (Revision as of 29.07.2018). (In Russ.)
6. On Approval of Mandatory Medical Insurance Rules. Edict no. 158n by Russian Ministry of Health and Social Development as of 28.02.2011. (In Russ.)

7. Письмо Минздрава России от 02.05.2017 г. № 28-4/10/2-29 «По вопросу обеспечения лиц без определенного места жительства полисами обязательного медицинского страхования и оказания им медицинской помощи».
8. Пунга В. В., Путова Э. В., Якимова М. А., Тестов В. В., Русакова Л. И., Измайлова Т. В., Черноусова Л. Н., Ларионова Е. Е., Эргешов А. Э., Стерликов С. А., Цыбикова Э. Б., Пузанов В. А. Мониторинг ситуации по туберкулезу в территориях, курируемых ФГБНУ «ЦНИИТ» // Туберкулез в XXI в.: проблемы и пути решения. Труды ФГБНУ «ЦНИИТ» М., 2015. – С. 330-350.
9. Стародубов В. И., Кадыров Ф. Н., Обухова О. В. О некоторых вопросах, связанных с переходом на одноканальное финансирование // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 11. – С. 6-13.
10. Стерликов С. А., Нечаева О. Б., Сон И. М., Попов С. А., Бурыхин В. С., Пономарев С. Б., Тестов В. В., Русакова Л. И., Корниенко С. В., Струкова О. В., Кучерявая Д. А., Обухова О. В., Дергачев А. В. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2016-2017 гг. Аналитический обзор основных показателей и статистические материалы. – М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2018. – 81 с.
11. Тулякова А. А. Оценка эффективности финансовой системы обязательного медицинского страхования // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2016. – Т. 34. – С. 250-256.
7. Letter no. 28-4/10/2-29 of the Russian Ministry of Health as of 02.05.2017. On Provision of Homeless People with Mandatory Medical Insurance Cards and Medical Care. (In Russ.)
8. Punga V.V., Putova E.V., Yakimova M.A., Testov V.V., Rusakova L.I., Izmaylova T.V., Chernousova L.N., Larionova E.E., Ergeshov A.E., Sterlikov S.A., Tsybikova E.B., Puzanov V.A. *Monitoring situatsii po tuberkulezu v territoriyakh, kuriruemymkh FGBNU «TSNIIT»*. *Tuberkulez v XXI v.: problemy i puti resheniya. Trudy FGBNU «TSNIIT»*. [Monitoring of tuberculosis situation in the regions supervised by CTRI. Tuberculosis in the XXI century. Coll. of articles by CTRI]. Moscow, 2015, pp. 330-350.
9. Starodubov V.I., Kadyrov F.N., Obukhova O.V. On certain issues related to transfer to the one-channel funding. *Menedzher Zdravookhraneniya*, 2012, no. 11, pp. 6-13. (In Russ.)
10. Sterlikov S.A., Nechaeva O.B., Son I.M., Popov S.A., Burykhin V.S., Ponomarev S.B., Testov V.V., Rusakova L.I., Kornienko S.V., Strukova O.V., Kucheryavaya D.A., Obukhova O.V., Dergachev A.V. *Otraslevye i ekonomicheskie pokazateli protivotuberkuleznoy raboty v 2016-2017 gg. Analiticheskiy obzor osnovnykh pokazateley i statisticheskiye materialy*. [Sectorial and economic rates for TB control in 2016-2017. Analysis of main rates and statistic materials]. Moscow, RIO TSNIOIZ Publ., 2018, 81 p.
11. Tulyakova A.A. Efficacy assessment of the financial system of mandatory medical insurance. *Nauchno-Metodicheskiy Elektronny Journal Kontsept*, 2016, vol. 34, pp. 250-256. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБУ «Центральный НИИ организации
и информатизации здравоохранения» МЗ РФ,
127254, Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

Стерликов Сергей Александрович

доктор медицинских наук, заместитель руководителя
Федерального центра мониторинга противодействия
распространению туберкулеза в Российской Федерации
по программному мониторингу.
Тел.: 8 (495) 618-22-10.
E-mail: sterlikov@list.ru

Обухова Ольга Валерьевна

кандидат политических наук, заведующая отделением
экономики и ресурсного обеспечения здравоохранения.
Тел.: 8 (495) 618-43-88 (доб. 515).
E-mail: obuhova@mednet.ru

Базарова Ирина Николаевна

научный сотрудник отделения экономики и ресурсного
обеспечения здравоохранения.
Тел.: 8 (495) 618-43-88 (доб. 515).
E-mail: bazarova@mednet.ru

FOR CORRESPONDENCE:

Central Research Institute for Public Health Organization
and Informatization,
11, Dobrolyubova St., Moscow, 127254.

Sergey A. Sterlikov

Doctor of Medical Sciences,
Deputy Head of Federal Monitoring Center for Prevention
of Tuberculosis Transmission in the Russian Federation within
Program Monitoring.
Phone: +7 (495) 618-22-10.
Email: sterlikov@list.ru

Olga V. Obukhova

Candidate of Political Sciences, Head of Department
of Economics and Provision of Health Care with Resources.
Phone: +7 (495) 618-43-88, ext. 515).
Email: obuhova@mednet.ru

Irina N. Bazarova

Researcher of Department of Economics and Provision
of Health Care with Resources.
Phone: +7 (495) 618-43-88, ext. 515).
Email: bazarova@mednet.ru

Поступила 19.12.2018

Submitted as of 19.12.2018