

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АУДИТ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ
ФИНАНСИРОВАНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НА ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА РАСЧЁТА КОЭФФИЦИЕНТА СЛОЖНОСТИ
КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ**

Самарец Татьяна Викторовна, кандидат экономических наук, Астраханский государственный университет, 414056, Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а, e-mail: samarez1@gmail.com.

Войнова Юлия Сергеевна, кандидат экономических наук, Астраханский государственный университет, Россия, 414056, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а.

Самсонова Ольга Вячеславовна, аспирант, Астраханский государственный университет, 414056, Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а.

Рудык Лиана Юрьевна, врач-методист клинико-экспертного отдела, Областная клиническая детская больница им. Н.Н. Силищевой, 414056, Россия, г. Астрахань, ул. Гилянская, 24а, e-mail: implantastrakhan@mail.ru.

В статье представлен механизм расчёта коэффициента сложности курации пациентов, который впервые положен в основу процедуры государственного аудита учреждения здравоохранения. Данный механизм является апробированным на учреждениях здравоохранения Астраханской области.

Ключевые слова: государственный аудит, коэффициент сложности курации пациентов, учреждения здравоохранения

STATE AUDIT OF THE FINANCIAL INSTITUTIONS BASED HEALTH MECHANISM FOR CALCULATING THE DEGREE OF DIFFICULTY OF SUPERVISION PATIENTS

Samarets Tatyana V., Candidate of Economic Sciences, Astrakhan State University, 414056, Russia, Astrakhan, 20a Tatishchev st., e-mail: samarez1@gmail.com.

Voinova Yulia S., Candidate of Economic Sciences, Astrakhan State University, 414056, Russia, Astrakhan, 20a Tatishchev st.

Samsonova Olga V., postgraduate student Astrakhan State University, 414056, Russia, Astrakhan, 20a Tatishchev st.

Rudyk Liana Y., doctor-methodologist of clinic-expert department, Regional Clinical Children's Hospital name N.N. Silishcheva, 414056, Russia, Astrakhan, 24a Guilanskaya st., e-mail: implantastrakhan@mail.ru.

The paper presents a mechanism for calculating the degree of difficulty of supervision of patients, which was first used as a basis of public audit procedures health care. This is a proven mechanism for health care of the Astrakhan region.

Keywords: state audit, degree of difficulty of supervision of patients, health care institutions

Как известно, финансирование деятельности учреждений здравоохранения, как и любых других бюджетных организаций, из года в год осуществляется неравномерно, и прослеживаются колебания в бюджетных поступлениях. При этом цель политики государства в сфере здравоохранения – обеспечения высокого уровня качества и доступности медицинской помощи, рост показателей здоровья населения, увеличение продолжительности жизни и снижение смертности.

Повышение эффективности деятельности медицинских учреждений и их сотрудников возможны в условиях оптимального и достаточного финансирования лечебно-профилактических учреждений. Оценка уровня оптимальности средств и эффективности выделяемого финансирования является областью профессионального изучения со стороны государственного аудита результативности в сфере здравоохранения. Детальный анализ применяемых методов оплаты обеспечит реализацию Современной концепции развития системы здравоохранения, основным направлением которой является повышение качества предоставляемой медицинской помощи в регионах России.

Рекомендациями «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп болезней (КСГ)», которые были разработаны и введены Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (Письмо от 20.12.12 г. № 14-6/10/2-5305, с изменениями внесёнными письмом МЗРФ от 11.11.13 г. № 66-0/10/2-8405) предложены модели финансового обеспечения как стационарной, так и амбулаторной медицинской помощи.

Согласно указанным нормативным документам, оплата медицинской помощи, предоставленной в амбулаторных условиях, может осуществляться вариативно, в частности действует механизм по душевому нормативу финансирования из расчёта на лиц, прикрепившихся к учреждению, и оплаты за единицу объёма медицинской помощи, т.е. за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай). Другим механизмом является подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц с учётом показателей эффективности деятельности медицинского учреждения, при включении расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях.

Оплата медицинской помощи в стационарных условиях имеет свои особенности. Во-первых, применяется механизм оплаты за законченный случай лечения заболевания; во-вторых, за законченный случай лечения заболевания, включённого в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинко-статистические группы заболеваний (КСГ). КСГ представляют собой группу заболеваний, которые относятся к единому профилю стационарной медицинской помощи и сходные по методам диагностики, лечения пациентов и размеру ресурсоёмкости (по стоимости и составу затрат и набору применяемых ресурсов).

Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара осуществляется на основе механизма за законченный случай лечения заболевания.

В ходе проведения государственного аудита эффективности финансирования медицинской помощи проверка строится на основе принятого в лечебном учреждении механизма оплаты медицинской помощи согласно специфике организации учреждения.

Остановимся подробнее на модели оплаты стационарной медицинской помощи на основе групп заболеваний, в том числе по КСГ болезней (КСГ). Для проведения аудита необходимо опираться на основные понятия и категории данного механизма.

Под клинко-профильной группой (КПГ) подразумевается группа КСГ, а также отдельно взятых заболеваний, которые объединяются общим профилем стационарной медицинской помощи. Клинко-затратная группа (КЗГ) – группа клинически однородных заболеваний, близких по средней ресурсоёмкости (стоимость, структура затрат и набор используемых клинических ресурсов). Диагностически связанная (сопряжённая) группа (DRG) – группа заболеваний, близких по этиологии и патогенезу, объединённых в группу по сходным диагностическим исследованиям и медицинским вмешательствам, по размеру затрат на оказываемую пациентам медицинскую помощь.

В нормативных документах рассмотрены этапы формирования цены на медицинскую помощь. На первом этапе медицинские услуги объединялись в стандарт медицинской помощи (набор медицинских услуг), а цены на каждую из них позволили просчитать стоимость стандарта по лечению конкретного заболевания. Около 85 % всех заболеваний охватываются разработанными и установленными Министер-

ством здравоохранения РФ стандартами медицинской помощи. Однако нужно учитывать, что существуют около 15 % заболеваний, пусть и не часто встречающихся, на которые стандарты не разрабатываются, а при объединении заболеваний в группы их надо учитывать [1, 3, 4, 5].

На следующем этапе заболевания объединялись в КСГ, что позволило определять поправочные коэффициенты стоимости КСГ. Далее КСГ стали объединять в КПП по профилям стационарной медицинской помощи. К таким профилям были установлены поправочные коэффициенты, которые были выражены через средневзвешенные показатели КСГ. Базовым размером, ставкой финансирования был принят норматив стоимости единицы медицинской помощи, оказанной стационаром. Относительно базового размера финансирования установлены поправочные коэффициенты КСГ и КПП. Для разных субъектов Российской Федерации определяется базовый размер финансирования – ТППГ – территориальный норматив стоимости единицы объема и подушевой норматив финансового обеспечения стационарной медицинской помощи [2].

Аудиторская проверка финансирования стационарной медицинской помощи в отдельных регионах РФ осуществляется на основе количества пациентов, ставших получателями медицинской помощи в стационарах в большинстве случаев на основе КСГ. Если проводилось лечение заболевания, не входящего в КСГ, то оплата за него осуществляется на основе КПП.

КСГ формируется на основе совокупности такого параметра, как средняя затрата на лечение пациентов. Она определяется с учетом наличия или отсутствия хирургических операций, диагнозов по МКБ-10, возрастной категории пациента.

КСГ принято делить на два раздела: хирургические клинико-статистические группы заболеваний (включающие операции); терапевтические клинико-статистические группы заболеваний.

Определение заболевания в ту или иную группу осуществляется согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 года № 1664н (далее – Номенклатура), где представлены расшифровка терапевтических групп в соответствии с МКБ-10 и хирургических групп в соответствии с номенклатурой услуг.

Оплата хирургической медицинской помощи имеет свои особенности. В частности, оплата медицинской помощи пациенту при выполнении хирургического вмешательства производится по хирургической клинико-статистической группе заболеваний. В этом случае лечения относится к конкретной клинико-статистической группе заболеваний в соответствии с кодом Номенклатуры. При этом в рамках конкретного случая лечения пациенту мог быть оказан ряд хирургических вмешательств. Тогда размер оплаты определяется по клинико-статистической группе заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент затратности. Если оказана медицинская помощь пациенту без хирургического вмешательства, то возмещение затрат производится, исходя из КСГ (по терапевтической группе заболеваний), и отнесение случая лечения к конкретной КСГ может производиться в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10. Если же пациент получил оперативное лечение, и затратно-стоимость хирургической группы, к которой был приобщен данный случай, ниже затратно-стоимости терапевтической группы, к которой его можно было присоединить в соответствии с кодом МКБ-10, то в этом случае возмещение затрат будет производиться по терапевтической группе.

Кроме того, каждой операции присвоены код и категория сложности.

Для медицинских организаций, осуществляющих стационарную медицинскую помощь, объем финансового обеспечения производится по КСГ (КПП) заболеваний. При этом в основу расчета сумм финансирования ложатся такие экономические параметры, как базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, коэффициент относительной затратно-стоимости КПП/КСГ, поправочный коэффициент оплаты КПП/КСГ. Последний показатель также учитывает размер управленческого коэффициента, коэффициента уровня оказания стационарной помощи, коэффициента сложности курации пациента.

При этом отправной величиной в указанных расчётах является базовая ставка финансирования. Этот показатель отражает средний объём финансового обеспечения стационарной медицинской помощи по данным лечения одного пациента. Соответствующий размер затрат на лечение определяется нормативом финансового обеспечения, установленного территориальной программой государственных гарантий – средняя стоимость одного случая госпитализации.

По отношению к базовой ставке финансирования рассчитаны поправочные коэффициенты КСГ и КПП.

К поправочным коэффициентам относятся: коэффициент относительной затратоёмкости по КСГ заболеваний. Он устанавливается методическими рекомендациями. Далее – поправочный коэффициент затратоёмкости КСГ заболеваний как отношение её затратоёмкости к базовой ставке финансового обеспечения. Следующий – управленческий коэффициент, определён Тарифным соглашением, принятым на территории отдельного региона РФ для конкретной КСГ или КПП, с целью мотивации медицинских организаций к повышению или снижению уровня предоставления стационарной медицинской помощи при заболеваниях и состояниях, входящих в данную группу (для терапевтических групп), или мотивированию медицинской организации к использованию конкретных методов хирургического лечения (для хирургических групп).

Для стимулирования медицинских организаций к повышению уровня госпитализации значение управленческого коэффициента должно быть выше 1. Для снижения уровня госпитализации по отдельной КСГ заболеваний значение управленческого коэффициента должно быть ниже 1.

Согласно нормативу, управленческий коэффициент имеет уровень не более 1,5. Каждый субъект РФ своим Тарифным соглашением регламентирует размер коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи в тех случаях, когда планирование размеров финансирования лечебных учреждений при переходе на систему оплаты по КСГ/КПП отличается от размера финансирования в условиях использования ранее действующего метода финансирования более чем на 10 %.

Данный коэффициент показывает разность между финансовым обеспечением стационарной медицинской помощи на различных уровнях. При этом утверждение индивидуальных тарифов для отдельных лечебных учреждений недопустимо. Коэффициент уровня стационара не может превышать уровень 1,5; коэффициент сложности курации больных может устанавливаться Тарифным соглашением, принятым на территории конкретного региона РФ. Решение об установлении размера коэффициента сложности курации пациента принимается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем главного врача медицинской организации по лечебной работе, оформляется соответствующим протоколом. Значение коэффициента сложности курации пациентов в сумме не может превышать 1,3 [2].

Для определения размера базовой ставки финансирования используются установленный Территориальной программой государственных гарантий территориальный норматив стоимости единицы объёма и подушевой норматив финансового обеспечения стационарной медицинской помощи. Финансовое обеспечение для возмещения затрат стационарной медицинской помощи осуществляется исходя из количества пролеченных в стационарах пациентов преимущественно на основе КСГ. При этом оплата на основе КПП может производиться в случае лечения заболевания, не входящего в КСГ.

Как уже указывалось выше, базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи зависит от норматива общего объёма финансовых средств, выделяемых на обеспечение медицинским учреждениям согласно программе ОМС. Также принимается в расчёт показатель частоты случаев госпитализации по каждой отдельной медицинской организации, по КСГ/КПП, в разрезе возрастных групп.

Размер финансового обеспечения медицинской организации (ФОМО) по системе КСГ или КПП рассчитывается как сумма стоимости всех случаев госпитализации в стационаре.

Использование способа оплаты стационарной медицинской помощи по системе КСГ или КППГ на данном этапе можно ввести только после осуществления в субъекте РФ расчётов по прогнозированию размеров финансового обеспечения медицинских организаций при переходе на оплату медицинской помощи по данным группам заболеваний. Когда уровень финансовой обеспеченности конкретных лечебных учреждений отличается от размера их финансового обеспечения при использовании ранее действующего метода финансирования более чем на 10 %, то тогда важно провести анализ структуры госпитализации и принять соответствующие управленческие решения в целях оптимизации уровня и структуры госпитализации, в том числе принятие на территории данного региона управленческого коэффициента и коэффициента уровня оказания стационарной медицинской помощи.

Средний коэффициент затратоёмкости стационара для медицинских организаций, располагающих повышенным уровнем оснащённости медицинским оборудованием, должен иметь большее значение, чем для медицинских учреждений, имеющих более низкий уровень оснащённости. Возмещение затрат за прерванный случай лечения пациента в стационаре (пациент переведён в другую медицинскую организацию) производится на основе количества проведённых им койко-дней в стационаре с учётом КППГ.

Задачами стратегии, применяемыми в рамках КСГ, являются:

- оптимизация расходов на медицинскую помощь и сокращение колебаний фактических издержек между однотипными медицинскими учреждениями;
- прогнозирование бюджетных обязательств;
- создание стимулов, способствующих эффективному предоставлению медицинской помощи, доступности и должного уровня качества услуг сферы здравоохранения;
- выстраивание эффективной системы оплаты медицинской помощи в условиях расширения хозяйственной самостоятельности лечебных организаций и одноканального финансирования.

В ходе государственного аудита эффективности освоения выделяемых средств на медицинскую помощь необходимо учитывать использование метода КСГ, который позволяет учреждениям здравоохранения:

- обеспечить условия для ограничения безосновательного увеличения расходов;
- скорректировать определённые на перспективу темпы изменений в структуре госпитализации, тяжести заболеваний, объёме больничной помощи, а также использование новейших технологий и стандартов медицинской помощи;
- обеспечить стационары стимулами для роста результативности расходов;
- предоставить в перспективе возможность включения в тариф таких услуг лечения, оплата которых из средств системы ОМС на данном этапе не производится (имплантация кардиостимулятора и других высокотехнологичных вмешательств);
- создать условия для корректировки платежей для лечебных учреждений, используемых в качестве клинической и учебной базы, а также расположенных в зонах с высоким уровнем заработной платы и стоимости ресурсов в регионах с установленными районными коэффициентами и надбавками к заработной плате за особые / сложные условия проживания [3].

Применение системы КСГ направлено на то, чтобы не создавать ни отрицательных финансовых стимулов касательно предоставления лечебной помощи, ни положительных стимулов для оказания излишней медицинской помощи. При этом оплата медицинской услуги должна минимизировать побудительные стимулы к переводу медицинской помощи на иную основу с целью корректировки размера получаемой оплаты в сторону увеличения; не должна включать в себя стимулы, ограничивающие доступ потребителей к высокотехнологичной медицинской помощи; должна включать в себя минимально возможное число групп для того, чтобы способствовать доступности в административном отношении и ограничить возможности для постепенного изменения группы. Доступность в административном смысле важна как для потребителей, так и для поставщиков медицинской помощи; должна давать поставщи-

кам больничной помощи возможность с максимальной точностью прогнозировать суммы поступлений за оказанные услуги. Неуверенность приводит к слабому планированию и появлению отрицательных стимулов, препятствующих результативному и эффективному с точки зрения затрат предоставлению медицинской помощи. Кроме того, слабая прогнозируемость и непредсказуемость влечёт за собой рост трудностей с доступом населения к медицинской помощи. При этом важно, чтобы региональная специфика систем планирования и оплаты медицинской помощи, а также её мониторинга также принимались во внимание.

При использовании КСГ в основу расчёта ложится усреднённый показатель по лечению пациентов средней тяжести и рассчитывается стоимость его лечения. При таком подходе стационарам будет невыгодно брать на лечение «тяжёлых» пациентов. Клинике выгоднее брать максимально лёгкие случаи, затраты на лечение которых ниже тарифа по КСГ, тогда излишек средств будет оставаться в стационаре. Либо больнице придётся выдерживать тонкий баланс количества «тяжёлых» и «лёгких» пациентов, чтобы не было перерасхода средств, и она по итогам года не ушла в «минус» – рассуждают эксперты.

Однако во избежание такой ситуации можно использовать коэффициент сложности курации пациентов, который предусмотрен в рекомендациях Минздрава. Это дополнительный поправочный коэффициент стоимости КСГ. Коэффициент сложности рассчитывается в соответствии с возрастом пациента (до 4 лет и старше 75 лет), осложнениями заболеваний, наличием тяжёлой патологии и прочими условиями. Он отражает повышенный уровень затрат на предоставление лечебной помощи. Установка данного коэффициента регламентируется территориальными фондами и устанавливается территориальными тарифными соглашениями. Очень важным является не потерять этот коэффициент регионам. В применении КСГ есть определённые недостатки. Например, лечебно-профилактические учреждения могут преднамеренно занижать качество лечебных услуг для пациентов, если планируемые затраты на оказание лечебной помощи выше цены по КСГ. Или в другом случае учреждения манипулируют диагнозами пациентов в пользу дорогостоящих КСГ.

В связи с этим введение новых систем оплаты и тарифов должно обеспечить полное финансирование лечебных организаций, способных показать высокую эффективность в предоставлении медицинской помощи. Предлагаемая система оплаты и определённые тарифы направлены на повышение уровня инициативности подразделений медицинских организаций. Рассматриваемая система может служить стимулом для повышения качества медицинского обслуживания населения с одновременным ростом экономии затрат на его осуществление.

Решение этих задач возможно при широком внедрении способов оплаты медицинской помощи, которые отвечали бы современным требованиям сочетания рыночных условий и мер государственного регулирования, мотивации и ориентации лечебных учреждений на более результативную работу [1]. Детальное изучение рассматриваемой проблемы является крайне актуальным, поскольку затрагивает проблемы, возникшие на сегодняшний день при применении нового метода оплаты медицинской помощи.

В Астраханской области при расчётах на законченный случай госпитализации коэффициент сложности курации пациентов до момента проведения исследования не учитывался, так как в соответствии с нормативными документами МЗРФ и ФФОМС его установление необязательно. Стоит отметить, что составляющая часть вышеуказанного коэффициента (оплата расходов на содержание одного из родителей или его законного представителя) уже применяется в субъекте. Поэтому изучение данного вопроса с точки зрения государственного аудита эффективности / результативности финансирования имеет огромное значение и может быть использовано при установлении в субъекте коэффициента сложности курации пациентов при оплате «сложных» случаев лечения.

Коэффициент сложности курации пациентов определяется в конкретных случаях в соответствии со сложностью лечения пациента, учитывая возраст (дети до 4 лет и лица

старше 75 лет), осложнениями заболеваний, развёртыванием индивидуального поста по медицинским показаниям, предоставлением спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей и т.д. и отражает повышенный уровень затрат на выполнение медицинской услуги для пациентов. Решение об установлении размера коэффициента сложности курации пациента принимается ответственными за лечение лицами и должно быть оформлено соответствующим протоколом. Показатель коэффициента сложности курации пациентов в общей сумме не может быть выше уровня 1,3.

Использование данного коэффициента является необходимым, поскольку данный показатель отражает уровень сложности курации пациентов и позволяет объективно отражать стоимость конкретного случая – без занижения или завышения стоимости затрат на оказание медицинской помощи.

Типичное медицинское учреждение является иллюстрацией к вышесказанному. Например, многопрофильный круглосуточный стационар, функционирующий по принципу единого лечебно-диагностического комплекса с параклиническими службами и консультативной поликлиникой. Структура коечного фонда больницы сформирована в соответствии с государственным заданием на предоставление медицинских услуг с учётом заболеваемости и реальной потребности населения в получении специализированной медицинской помощи. Ежегодно в больнице получают стационарное лечение свыше 15 тысяч больных, а консультативную помощь – свыше 80 тысяч больных. Стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, наряду с жителями Астраханской области, имеют возможность получить граждане других регионов России, ближнего и дальнего зарубежья.

Из общего числа коек финансируются из: ОМС круглосуточные – 86,7 %; бюджет круглосуточные – 3,1 % коек; ОМС дневные стационарзамещающие – 10,2 % коек. Медицинская организация оказывает медицинскую помощь как в плановом, так и в экстренном режиме. При этом структура доходов в разрезе видов медицинской помощи в 2013 г. складывалась из стоимости: стационарной помощи – 214219,9 тыс. руб., или 85 % в общей структуре доходов; амбулаторно-поликлинической помощи – 30678 тыс. руб., или 12,2 %; стационарзамещающей помощи – 7027,4 тыс. руб., или 2,8 %.

Фактически оказано медицинских услуг, с учётом внедрения стандартов, на общую сумму 262 923,2 тысяч рублей, что составило 104,4 % от годовых плановых назначений, в том числе в разрезе видов помощи: стационарная помощь – 219633,2 тыс. руб., или 102,5 % от финансового плана (далее – ФП); поликлиническая помощь – 31036,4 тыс. руб., или 101,2 % от ФП; стационарзамещающая помощь – 11180,7 тыс. руб., или 159,1 % от ФП.

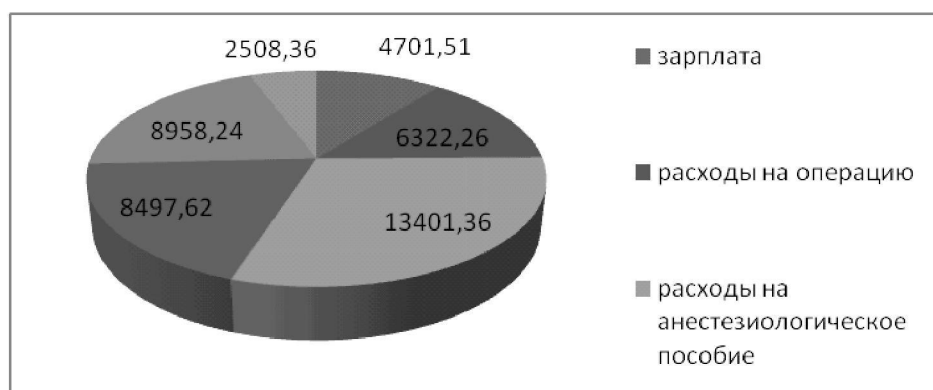


Рис. 1. Структура затрат на единицу сложного случая заболевания профиля

Таким образом, на 45 случаев лечения пациентов данной группы по изученному профилю по тарифу ОМС приходится 730685,25 руб., однако на 31 случай лечения пациентов реальные затраты составляют 1376069,9 руб., а на 14 случаев лечения пациентов с другими заболеваниями данной группы по тарифу ОМС – 227324,3 руб. и соответственно: $КСКП = (1376069,9 \text{ руб.} + 227324,3 \text{ руб.}) / 730685,25 \text{ руб.} = 2,1$.

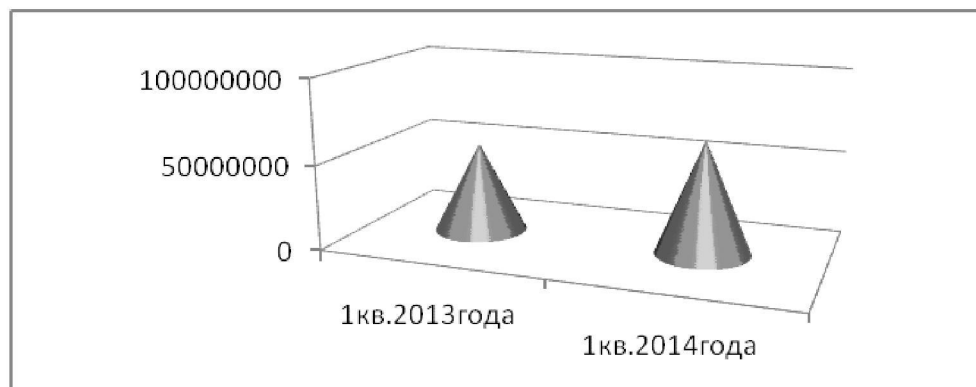


Рис. 2. Схема сравнительного анализа оплаты расходов

Таким образом, КСКП больше 1,3, и это не соответствует показателю, утверждённому Методическими рекомендациями о способах оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе КСГ, разработанными Министерством здравоохранения РФ совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (Письмо от 20.12.12 г. № 14-6/10/2-5305 с изменениями, внесёнными письмом МЗРФ от 11.11.13 г. № 66-0/10/2-8405). Возникает необходимость рассмотрения вопроса об оптимизации данного показателя, а применение его к конкретному случаю должно быть строго индивидуальным, т.е. в случаях действительно отличающихся сложностью и тяжестью течения заболевания.

Как следует из Методических рекомендаций, заключение об установлении размера коэффициента сложности курации пациента принимается лечащим врачом, заведующим отделением и заместителем главного врача по медицинской части, оформляется соответствующим протоколом. Утверждённой формы протокола не существует. В протоколе должны отражаться следующие сведения: Ф.И.О. пациента, год рождения, адрес проживания, наименование лечебного учреждения, в котором находится пациент и дата госпитализации, полный, развёрнутый диагноз и код МКБ-10, а также краткое обоснование необходимости применения КСКП в данном случае. Протокол должен быть пронумерован, проставлена дата заполнения, возможна фиксация протокола в Журнале по клинко-экспертной работе (раздел экспертизы лечебно-диагностического процесса), что позволит качественнее вести статистику и анализ данных случаев. Протокол должен быть подписан лицами, принимавшим данное решение.

Государственный аудит результативности финансирования на основе описанного механизма целесообразно осуществлять по данным форм протоколов, описанных выше. Кроме того, для анализа и оценки эффективности финансирования оказания медицинской помощи по её видам нужна статистика повторных обращений пациентов [6, 7].

Итак, изучив современную модель оплаты стационарной медицинской помощи и исследовав модель формирования стоимости законченного случая, можно сделать вывод о том, что предоставление стационарной медицинской помощи в сложных случаях требует более высокий уровень затрат, к которым может быть применен коэффициент сложности курации пациентов. В Астраханской области при расчётах за законченный случай госпитализации при предоставлении медицинской помощи на условиях круглосуточного стационара коэффициент сложности курации пациентов по настоящий момент не учитывался, так как на основании принятых нормативных документов МЗ РФ и ФФОМС его установление необязательно.

Однако составляющая часть вышеуказанного коэффициента (в частности, оплата расходов на содержание одного из родителей) уже применяется в субъекте. По итогам проведённой оценки оплаты лечебной помощи за 1 квартал 2014 г. на приме-

ре стандартного медицинского учреждения и анализа затрат на один сложный случай были выведены коэффициенты сложности курации пациентов. Как показали расчёты, данные значения коэффициента сложности курации пациентов выше рекомендуемого уровня, который должен быть меньше либо равен 1,3. Решение о применении данного коэффициента принимает лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача по медицинской части в отдельных, индивидуальных случаях.

Государственный аудит эффективности / результативности финансирования ставит своей целью дать оценку обоснованности и оптимальности финансирования медицинской помощи. Итоги аудита в данном случае выражены в рекомендации ввести при определении стоимости медицинской помощи КСКП, т.к. это обеспечит адекватность финансирования затрат лечебных учреждений в Астраханской области. Применение КСКП позволит:

- определять размер оплаты за предоставленную медицинскую помощь адекватно возникающим затратам на лечение пациентов;
- мотивировать лечение стационарно сложно курабельных, «тяжёлых пациентов»;
- повысить уровень качества предоставления медицинской помощи;
- дополнительно стимулировать сотрудников лечебных учреждений;
- расширить спектр высокотехнологичной помощи в Астраханской области.

Список литературы

1. Протокол совещания о ходе исполнения указов Президента от 07.05.2012 г. – Режим доступа: <http://www.president-rf.ch>, свободный. – Заглавие с экрана. – Яз. рус.
2. Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ). Рекомендации для органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций // Приказ Минздрава России от 12.10.2012. № 412.
3. Семакова Е. В. Инновационные методы оплаты стационарной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования / Е. В. Семакова. – Москва, 2013. – 61с.
4. Мамиконян А. К. Направления совершенствования подходов к формированию профессиональных компетенций работников сферы здравоохранения / А. К. Мамиконян, Е. А. Белик // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2012. – № 1 (30). – С. 162–165.
5. Самсонова О. В. Особенности оплаты труда в социальных отраслях современной России / О. В. Самсонова // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2013. – № 4 (30) – С. 152–155.
6. Минёва О. К. Государственный аудит как инструмент формирования аналитической системы управления национальной экономикой / О. К. Минёва, Э. К. Салахова // Гуманитарные исследования. – 2011. – № 1 (37). – С. 218–221.
7. Минёва О. К. Государственный аудит как система управления социально-экономической сферой / О. К. Минёва, Ю. В. Сафрыгин // Каспийский регион: политика, экономика, культура. – 2011. – № 2 (27). – С. 156–159.

References

1. Protokol soveshhanija o hode ispolnenija ukazov Prezidenta ot 07.05.2012 g. Available at: <http://www.president-rf.ch>.
2. Sposoby oplaty medicinskoj pomoshhi v ramkah programmy gosudarstvennyh garantij na osnove grupp zabolevanij, v tom chisle kliniko-statisticheskikh grupp boleznej (KSG). Rekomendacii dlja organov gosudarstvennoj vlasti subektov Rossijskoj Federacii v sfere ohrany zdorov'ja, territorial'nyh fondov objazatel'nogo medicinskogo strahovanija, medicinskih organizacij, strahovyh medicinskih organizacij. Prikaz Minzdrava Rossii ot 12.10.2012. № 412.
3. Semakova E. V. Innovacionnye metody oplaty stacionarnoj medicinskoj pomoshhi v sisteme objazatel'nogo medicinskogo strahovanija. Moscow, 2013. 61 p.

4. Mamikonjan A. K., Belik E. A. Napravlenija sovershenstvovanija podhodov k formirovaniju professional'nyh kompetencij rabotnikov sfery zdavoohranenija // Kaspijskij region: politika, jekonomika, kul'tura . 2012. № 1 (30). pp. 162–165.

5. Samsonova O.V. Osobennosti oplaty truda v social'nyh otrasljah sovremennoj Rossii//Kaspijskij region: politika, jekonomika, kul'tura. 2013. № 4 (30). pp. 152–155.

6. Mineva O. K., Salahova Je. K. Gosudarstvennyj audit kak instrument formirovanija analiticheskoy sistemy upravlenija nacional'noj jekonomikoj // Gumanitarnye issledovanija. 2011. № 1 (37). pp. 218–221.

7. Mineva O. K., Safrygin Ju. V. Gosudarstvennyj audit kak sistema upravlenija social'no-jekonomicheskoy sferoj // Kaspijskij region: politika, jekonomika, kul'tura. 2011. № 2 (27). pp. 156–159.

ОСОБЕННОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ

Ахунжанова Инна Николаевна, кандидат экономических наук, Астраханский государственный университет, 414056, Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а.

Лунёв Александр Павлович, доктор экономических наук, профессор, ректор, Астраханский государственный университет, 414056, Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а, e-mail: aspu@aspu.ru.

Маркелов Константин Алексеевич, кандидат экономических наук, доцент, Астраханский государственный университет, 414056, Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а; вице-губернатор – председатель Правительства Астраханской области, 414000, Россия, г. Астрахань, ул. Советская, 15.

Усачёва Любовь Вениаминовна, кандидат экономических наук, Астраханский государственный университет, 414056, Россия, г. Астрахань, ул. Татищева, 20а.

В представленной работе обоснована актуальность внедрения кластерного подхода при формировании стратегий государства по развитию территорий, выявлены особенности реализации кластерной политики на различных уровнях государственного управления, выполнена классификация предлагаемых на государственном уровне инструментов в зависимости от типов кластерной политики, предложены рекомендации по активизации роли государственной поддержки кластерного подхода в экономике России на основе критических факторов успеха.

Ключевые слова: территориальное развитие, кластер, кластерная политика, кластерная инициатива, стратегия социально-экономического развития, экономика регионов

PUBLIC MANAGMENT PECULIARITES OF TERRITORIAL DEVELOPMENT

Akhunzhanova Inna N., Candidate of Economic Sciences, Astrakhan State University, 414056, Russia, Astrakhan, 20a Tatishchev st.

Lunev Alexander P., Doctor of Economics, Professor, Rector, Astrakhan State University, 414056, Russia, Astrakhan, Tatishchev St., 20a, e-mail: aspu@aspu.ru.

Markelov Konstantin A., Candidate of Economic Sciences, Associate Professor, Astrakhan State University, 414056, Russia, Astrakhan, 20a Tatishchev st; Vice-Governor - Chairman of the Government of the Astrakhan region, 414000, Russia, Astrakhan, 15 Sovetskaya st.

Usacheva Lyubov V., Candidate of Economic Sciences, Astrakhan State University, 414056, Russia, Astrakhan, 20a Tatishchev st.