



Заседание президиума Государственного совета № 28

«О развитии обязательного медицинского страхования в Российской Федерации»

2 апреля 2003 года

Приложения к докладу «О развитии медицинского страхования в Российской Федерации»

Содержание

О результатах проверки деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по выполнению законодательства в сфере здравоохранения по обеспечению граждан медицинской помощью и перехода к страховому принципу оплаты медицинских услуг

Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2003 г. № 158 "О дополнительном финансировании в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам"

Справка об участии Пенсионного фонда Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования

История возникновения и развития страхового дела

Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран

Система Семашко

Система Бевереджа

Американская система

Здравоохранение за рубежом

Международный опыт организации медицинской помощи

Основные цели реформирования систем здравоохранения и механизмов их реализации в зарубежных странах

Медицинское страхование в странах Западной Европы, США, Великобритании и Японии

Некоторые аспекты реформы системы здравоохранения в Австрии, Германии и Швейцарии

Долгосрочное социальное страхование в Германии: схема, практическое применение и оценка

Медицинское страхование в Голландии

Медицинское страхование и использование медицинских услуг в Ирландии

Реформирование израильской системы здравоохранения

Система медицинского страхования в Канаде и проекты ее реформирования

Система финансирования здравоохранения в США

Сдерживание стоимости, солидарность и осторожное экспериментирование: шведская дилемма

Состояние страховой медицины в России

Обязательное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование

Социологические аспекты медицинского страхования

О задачах реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в 2001 -2005 годах и период до 2010 года

Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России

1 этап. С марта 1861 по июнь 1903 года

2 этап. С июня 1903 - по июнь 1912 года

3 этап. С июня 1912 по июль 1917 года

4 этап. С июля 1917 по октябрь 1917 года

5 этап. С октября 1917 по ноябрь 1921 года

6 этап. С ноября 1921 по 1929 год

7 этап. С 1929 по июнь 1991 года

8 этап. С июня 1991 года по настоящее время

Участники системы ОМС

Концепция модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Введение

1. Модернизация системы финансирования включает расширение и укрепление финансовой базы ОМС
2. Формирование механизмов эффективного расходования средств ОМС, в том числе принятие положений предусматривающих обязанность страховщиков выбирать медицинские организации, предоставляющие медицинскую помощь, в которых оптимально сочетаются критерии цены и качества
3. Определение единого порядка движения финансовых средств в системе ОМС, предполагающего разработку и внедрение новых договорных отношений со страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, использование унифицированных способов оплаты медицинской помощи, которые должны играть роль финансовых нормативов, формирующих доходную базу организаций, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, за счет государственных источников финансирования
4. Расширение организационно-правовых форм в здравоохранении как условие модернизации ОМС
5. Установление порядка расходования финансовых средств ОМС медицинскими организациями различных категорий и контроля за расходованием средств ОМС
6. Информационно-методическое обеспечение функционирования системы ОМС
7. Предоставление возможности выхода из системы ОМС

8. Информирование общественности о реформе системы ОМС

9. Этапность реформирования системы ОМС

Вопросы реализации обязательного медицинского страхования в системе Главного управления исполнения наказаний Минюста России

Интервью с председателем Пенсионного фонда России М.Зурабовым

Интервью с гендиректором Координационного совета работодателей России О.Еремеевым

Интервью с президентом Всероссийского союза страховщиков А.Ковалем

Перечень правовых нормативных актов, подлежащих разработке

Литература и ссылки

О результатах проверки деятельности федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по выполнению законодательства в сфере здравоохранения по обеспечению граждан медицинской помощью и перехода к страховому принципу оплаты медицинских услуг

Главным контрольным управлением Президента Российской Федерации совместно с работниками аппарата полномочных представителей Президента Российской Федерации в федеральных округах проведена проверка в Министерстве здравоохранения Российской Федерации, Федеральном фонде обязательного медицинского страхования и ряде субъектов Российской Федерации по вышеназванному вопросу.

Минздравом России и соответствующими органами государственной власти проводится определенная работа по обеспечению граждан доступной медицинской помощью. Создаются правовые, экономические и организационные условия для реформирования здравоохранения. Организуются окружные медицинские центры. Продолжается формирование системы стандартизации медицинских услуг и контроля качества лекарственных препаратов. Поддерживается стабильная санитарно-эпидемиологическая обстановка в стране, остановлен рост заболеваемости туберкулезом, осуществляется вакцинация детского населения.

В то же время принимаемые меры по обеспечению граждан гарантированной государством бесплатной качественной медицинской помощью не принесли ожидаемого позитивного результата.

Уровень первичной заболеваемости за последние 5 лет увеличился почти на 10%, а общей - на 15%. В 2002 году были госпитализированы 32 млн. человек, что на 600 тысяч больше, чем в предыдущем.

Несмотря на увеличивающиеся из года в год расходы на развитие отрасли, их доля в объеме ВВП достигла порядка 3,5%, тогда как, по данным Всемирной организации здравоохранения, допустимый минимум - 5%. Территориальные программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью в целом по стране профинансированы на 86%. В республиках Бурятия, Ингушетия, Хакасия и Агинском Бурятском автономном округе они недофинансируются более чем на половину, в 39 субъектах Российской Федерации - на четверть.

Существующие механизмы финансового выравнивания условий деятельности учреждений здравоохранения не обеспечивают равенства граждан в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи. В Федеральном фонде обязательного медицинского страхования для последующего перераспределения централизуется около 4 млрд. рублей в год, в то время как, по расчетам специалистов, сумму необходимо увеличить минимум в 5 раз. Разрыв в финансировании территориальных программ в расчете на одного жителя по регионам в 2000 году составил 13 раз, в 2001 году - 15 раз.

Недостаточное финансирование, рост цен на лекарства не дают возможности обеспечить потребность лечебных учреждений и льготных категорий граждан в необходимых и качественных препаратах. В 2001 она удовлетворялась менее чем на 80%.

Действующая система сертификации лекарственных средств и контроля за их качеством несовершенна и не гарантирует безопасность потребителей. По данным МВД России, в настоящее время до 7% российского фармацевтического рынка занимают фальсифицированные лекарственные препараты, годовой оборот которых оценивается в размере около 200 млн. долларов США. Фармацевтической инспекцией Минздрава России выявляется лишь незначительная часть этой продукции. За прошедший период 2002 года ее изъятие составило сумму всего 7 млн. рублей.

Состояние материально-технической базы здравоохранения продолжает ухудшаться. В целом по России Федерации износ медицинского оборудования превышает 60%, зданий и сооружений лечебно-профилактических учреждений - 50%. В этих условиях Минздравом России, Минэкономразвития России органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации неэффективно используются государственные средства, направляемые на обновление основных производственных фондов в рамках федеральных адресных инвестиционных программ. При неудовлетворительном вводе пусковых комплексов в течение длительного времени финансирования 89 строек в текущем году начато сооружение 177 новых объектов. В результате за последние два года объем незавершенного строительства увеличился почти в 2,5 раза и достиг 500 млн. рублей. При этом имеет место недоиспользование выделенных средств в прошедшем году не освоены и возвращены в бюджет свыше 55 млн. рублей.

Негативное влияние на обеспечение населения гарантированной государством медицинской помощью оказывает медленное реформирование системы здравоохранения.

Сохраняется неэффективный механизм финансирования лечебно-профилактических учреждений, согласно которому выделение средств на их деятельность планируется и осуществляется исходя из наличия койки и мест в стационарах и числа занятого персонала в поликлиниках, а не по фактическим объемам оказанной помощи. Это не стимулирует лечебно-профилактические учреждения на снижение затрат и повышение качества оказываемых услуг.

Недостаточными темпами осуществляется формирование системы общей (семейной) врачебной практики являющейся приоритетным направлением совершенствования первичной медицинской помощи населению. На начало 2002 года количество семейных врачей составило всего 1536 человек, или менее 1% от общего числа специалистов, работающих в секторе первичной медицинской помощи. Вместе с тем опыт показывает, что там, где работают семейные врачи, на 40% сокращается обращаемость в службы скорой медицинской помощи, значительно уменьшается число случаев госпитализации.

Не выдерживаются устанавливаемые Правительством Российской Федерации нормативы по развитию экономических низкочастотных форм оказания услуг здравоохранения. По-прежнему основным видом являющимся дорогостоящее лечение в стационарах больниц и диспансеров. В 2001 году доля расходов на это составила 62,5% при оптимальном значении порядка 50%. Сохранение такой структуры оказания медицинской помощи не позволяет снизить расходы по финансированию территориальных программ государственных гарантий ориентировочно на сумму около 10 млрд. рублей.

Правительством Российской Федерации не реализовано принятое решение об определении концепции развития системы обязательного медицинского страхования (ОМС). В связи с этим не реформируется структура и остаются нерешенными вопросы государственного регулирования ее деятельности, в том числе поэтапного изменения размера страховых взносов для расширения страхового сектора здравоохранения: счет средств ОМС финансируется только 31% медицинских услуг, и эта доля в последние годы практически не увеличивается.

При этом следует отметить, что в настоящее время часть населения страны не обеспечена страховыми полисами, что затрудняет возможность пользоваться лечением в системе ОМС. В Республике Марий Эл охват медицинским страхованием составляет лишь 52%, Республике Ингушетия - 49%, Республике Северная Осетия - Алания - 53%. Ежегодно поступает до 300 тысяч жалоб граждан по вопросам выдачи им страховых полисов.

Нормативно не проработан вопрос обеспечения страховых выплат на неработающее население. Рекомендуемые Минздравом России минимальные показатели их подушевых размеров в субъектах Российской Федерации не выдерживаются. В 2001 году в среднем по стране на страхование одного неработающего перечислено 254 рубля, что почти в 4 раза ниже расчетной потребности. В 10 территориальных сумм не превышала 50 рублей, а в Республике Мордовия, Саратовской области и других была еще меньше. По этой причине за 2000-2001 годы и первое полугодие 2002 года в территориальные фонды ОМС не поступило 170 млрд. рублей, что почти в 1,5 раза больше годового объема аккумулируемых ими средств.

Негативное влияние на финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС оказывает недостаточная работа, проводимая МНС России, федеральными и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, по взысканию задолженности с работодателей и из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации по страховым взносам в систему ОМС, которая на момент проверки составила 6133 млрд. рублей. Мероприятия по ее реструктуризации в большинстве регионов не принимаются.

Руководством федерального фонда средств обязательного медицинского страхования используются неэффективно. В 2000-2001 годах и первом полугодии 2002 года в нарушение действующего законодательства было направлено в субъекты Российской Федерации и федеральным учреждениям Минздрава России около 700 млн. рублей на цели, не связанные с оплатой лечения граждан. В частности мероприятия, финансирование которых должно производиться из федерального и территориальных бюджетов, Калужской области перечислено 24,5 млн. рублей, Тульской - 21 млн., Ханты-Мансийскому автономному округу - 10 млн., Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова - 26 млн., Российскому научному центру рентгенодиологии - 6,5 млн. рублей.

Кроме того, в 2001 году Республике Татарстан и Московской области, располагающим избыточными финансовыми ресурсами, было необоснованно выделено соответственно 64 млн. и 72 млн.рублей.

В нарушение постановления Правительства Российской Федерации от 26.09.1993 № 977 и п. 22 Устава федерального фонда ОМС, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.1998 № 857, оклады сотрудников фонда установлены в среднем на 10%, а по некоторым должностям на 25% выше, чем у соответствующих работников федеральных органов исполнительной власти. За счет государственных средств произведено добровольное медицинское страхование работников фонда и чл их семей. В результате за два с половиной года неправомерно израсходовано около 16 млн.рублей, что в 1,6 раза больше утвержденного на 2001 год фонда оплаты труда.

В субъектах Российской Федерации также допускаются многочисленные факты нецелевого использования страховых средств. Только в Республиках Алтай, Коми, Хакасия, Удмуртской Республике и Московской области за 2000-2001 годы и 9 месяцев 2002 года около 100 млн.рублей направлено на погашение кредиторской задолженности учреждений, не входящих в систему ОМС, оплату строительных работ, коммунальных услуг и выплату материальной помощи.

Не решена поставленная Президентом Российской Федерации в посланиях Федеральному Собранию Российской Федерации задача формирования законодательной базы для завершения перехода к страху принципу оплаты медицинской помощи. Правительством Российской Федерации, соответствующими министерствами и ведомствами, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования до настоящего времени не разработан проект новой редакции закона об обязательном медицинском страховании. В то же время часть положений действующего Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» находится в противоречии с нормами Гражданского, Налогового, Бюджетного кодексов Российской Федерации, Федерального закона «Об основах обязательного социального страхования».

Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в отдельных случаях принимаются нормативные акты в области регулирования здравоохранения, противоречащие федеральному законодательству. Правительство Республики Алтай своими постановлениями обязало территориальный фонд ОМС осуществлять покрытие дефицита в финансировании территориальной программы гарантированного медицинского обеспечения за счет средств федерального фонда. Правительство Республики Коми утвердило положение о республиканском фонде, в котором наделило его правом исполнения функций страховщика без соответствующей лицензии. Мер по исправлению создавшегося положения не принимается.

Учитывая изложенное, полагаю бы целесообразным Правительству Российской Федерации:

ускорить разработку и внесение в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проекта новой редакции Закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;

принять меры по созданию действенного механизма выравнивания условий финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской по

разработать и принять концепцию развития обязательного медицинского страхования, направленную на повышение эффективности функционирования системы ОМС.

* * *

Результаты проверки доложены Президенту Российской Федерации В.Путину.

Информация по этому вопросу направлена в Правительство Российской Федерации. Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации В.Матвиенко поручила Минздраву России (Ю.Шевченко), Минфину России (Т.Голиковой и С.Шаталову), Минтруду России (А.Починку) и ФОМС (А.Таранову) рассмотреть информацию Главного контрольного управления Президента Российской Федерации и принять меры по устранению выявленных недостатков, а Минэкономразвития России (Г.Гр) учесть ее при доработке законопроекта об обязательном медицинском страховании и обеспечить его внесение в Правительство Российской Федерации в установленном порядке.

Главное контрольное управление
Президента Российской Федерации
27 января 2003 г

Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2003 г. № 158

"О дополнительном финансировании в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам"

В целях улучшения качества медицинской помощи, оказываемой неработающим пенсионерам, Правительством Российской Федерации постановляет:

1. Согласиться с предложением Пенсионного фонда Российской Федерации об осуществлении в 2003 году дополнительных платежей на обязательное медицинское страхование неработающих (малоимущих) пенсионеров в размере до 1,5 млрд. рублей за счет средств, предусмотренных статьей 18 Федерального закона "О бюджете Пенсионного фонда Российской Федерации на 2003 год".

Адресная медицинская помощь оказывается неработающим (малоимущим) пенсионерам, не имеющим источника дохода от выполнения работ по трудовым договорам, договорам гражданско-правового характера предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, авторским договорам и не осуществляющим предпринимательскую деятельность, являющимся получателями трудовых пенсий по старости в соответствии с Федеральным законом "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" (далее именуются - неработающие пенсионеры).

2. Установить, что:

а) Пенсионный фонд Российской Федерации осуществляет расходы, связанные с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, и обеспечивает контроль за целевым использованием выделенных для этого средств;

б) на дополнительное финансирование в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, Пенсионным фондом Российской Федерации направляются средства в размере до 525 рублей на 1 пенсионера. Указанные расходы осуществляются при условии уплаты взносов органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров;

в) средства Пенсионного фонда Российской Федерации перечисляются соответствующим территориальным фондам обязательного медицинского страхования в соответствии с соглашением Фонда и органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, проект которого разрабатывается ими совместно Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

При этом неуплата органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации взносов на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров является основанием для приостановления либо прекращения Пенсионным фондом Российской Федерации финансирования расходов на оказание адресной медицинской помощи указанной категории граждан в соответствии с условиями, предусмотренными в соглашении;

г) органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации представляют заявки на дополнительное финансирование адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам в Пенсионный фонд Российской Федерации, который рассматривает их совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации, Министерством труда и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования;

д) средства, направляемые в соответствии с настоящим постановлением на оказание адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, не учитываются Федеральным фондом обязательного медицинского страхования при выравнивании условий деятельности территориальных фондов обязательного медицинского страхования по финансированию программ обязательного медицинского страхования.

3. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

а) по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования до 10 апреля 2003 г. разработать и обеспечить выполнение:

территориальных правил обязательного медицинского страхования граждан;

порядка финансового взаимодействия при обязательном медицинском страховании неработающих граждан;

территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан;

порядка проведения ведомственного и вневедомственного контроля объемов медицинской помощи и экспертизы ее качества;

порядка оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам по программе обязательного медицинского страхования;

б) осуществлять взносы на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и (или) централизованно за счет средств бюджетов муниципальных образований в размере не ниже платежа, осуществленного в 2002 году, и не ниже плате осуществляемого Пенсионным фондом Российской Федерации;

в) обеспечить контроль за целевым использованием средств Пенсионного фонда Российской Федерации направляемых на оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам в соответствии с настоящим постановлением;

г) осуществлять в установленном порядке финансирование учреждений здравоохранения, работающих в системе обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь неработающим пенсионерам, за счет средств соответствующих бюджетов в размере не ниже предусмотренного в 2002

4. Министерству экономического развития и торговли Российской Федерации совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации, Пенсионным фондом Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования утвердить до 10 апреля 2003 г. методику расчета тарифов на медицинскую помощь (услуги), оказываемую гражданам в рамках программ обязательного медицинского страхования.

5. Пенсионному фонду Российской Федерации и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, заключившим соглашение о дополнительном финансировании расходов на оказание адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам, представить в Правительство Российской Федерации до 10 ноября 2003 г. доклад о предварительных итогах финансирования указанной помощи.

Председатель Правительства Российской Федерации

М.Касьянов

Справка об участии Пенсионного фонда Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования

Реформа налогового законодательства предполагает снижение налоговой нагрузки через сокращение с единого социального налога (ЕСН) с отменой всех ограничений по доступу к регрессии. При этом реформирование налогового законодательства будет увязано с реформированием социального и медицинского страхования.

Снижение налоговой нагрузки не должно сопровождаться ухудшением качества и объема предоставляемых государством социальных и медицинских услуг. Для этого необходимо детально проработать вопросы по определению механизма дополнительной мобилизации финансовых средств и совершенствованию системы управления средствами системы обязательного социального страхования.

Предполагаемое снижение налоговой нагрузки на фонд оплаты труда за счет сокращения ЕСН в государственные внебюджетные фонды с одной стороны позволит работодателям направлять высвобождаемые средства, в том числе на увеличение заработной платы наемным работникам, с другой стороны за счет отмены ограничений на доступ к регрессии будет стимулировать легализацию расходов на оплату труда (слайды 1-4).

Расширение налоговой базы позволит частично компенсировать финансовые потери государственных внебюджетных фондов. Однако рост заработной платы работающего населения создает предпосылки для дополнительного участия в оплате социальных и медицинских услуг через механизмы страхования работающих граждан и может привести к еще более заметному расслоению в доступности социальной и медицинской помощи между работающими и неработающими гражданами.

В этой связи возникает необходимость обеспечить финансирование системы обязательного медицинского страхования неработающего населения (пенсионеров, детей-инвалидов) на достаточном уровне.

В существующей системе обязательного медицинского страхования средства на оказание медицинских услуг неработающему населению перечисляются из бюджетов субъектов Российской Федерации. Однако из-за отсутствия механизмов экономического стимулирования субъектов Российской Федерации на осуществление указанных платежей имеются существенные региональные различия по обеспеченности финансовыми ресурсами Базовой программы обязательного медицинского страхования.

В 2001 году в 65 территориях финансовое покрытие территориальных программ ОМС составляло менее половины из них – ниже 30 процентов. Лишь в 8 субъектах Российской Федерации сбалансировано финансирование территориальных программ ОМС.

При этом следует отметить, что в ряде субъектов Российской Федерации при нехватке средств на приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и наличии излишних мощностей лечебных учреждений производились существенные капитальные затраты.

При общей достаточности средств на финансирование Программы государственных гарантий по медицинскому страхованию систематически отмечается существенный дефицит средств на оплату расходов по оказанию лечебной помощи, что приводит к росту неформального участия населения в финансировании медицинской помощи, увеличению объемов платных услуг, предоставляемых в государственной и муниципальной системе здравоохранения.

Таким образом реформирование системы обязательного медицинского страхования ставит целью: во-первых, выравнивание финансовой обеспеченности территориальных программ обязательного медицинского страхования и во-вторых, достижение более рациональной структуры затрат на финансирование здравоохранения.

В процессе реформирования системы обязательного медицинского страхования в 2003 г. предусматривается участие ПФР в софинансировании территориальных программ ОМС неработающего населения, в первую очередь неработающих пенсионеров по старости, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 17.03.2003 № 158 «О дополнительном финансировании в 2003 году расходов, связанных с оказанием адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам».

В рамках реализации указанного постановления предполагается отработка порядка финансирования территориальных программ обязательного медицинского страхования, с долевым участием средств ПФР обязательному медицинскому страхованию неработающих пенсионеров, получающих трудовую пенсию по старости, в соответствии с Федеральным законом «О трудовых пенсиях в Российской Федерации», не имеющих источника дохода от выполнения работ по трудовым договорам, договорам гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, авторским договорам и не осуществляющих предпринимательскую деятельность.

Учитывая финансовые возможности Пенсионного фонда Российской Федерации, принято решение о направлении до 1,5 млрд. руб. средств ПФР в систему ОМС на этапе отработки модели софинансирования ОМС неработающих пенсионеров в 15-18 субъектах Российской Федерации. Сумма страхового взноса по обязательному медицинскому страхованию составит до 525 руб. в год на одного неработающего пенсионера при соблюдении следующих условий:

страховой взнос на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров по старости осуществляется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации централизованно за счет средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах субъектов Российской Федерации и (или) бюджетах муниципальных образований;

страховой взнос на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляется органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации на уровне не ниже страхового взноса по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения, осуществлявшегося в 2002 году, и не ниже страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающих пенсионеров по старости, осуществляемого Пенсионным фондом Российской Федерации;

финансирование учреждений здравоохранения, работающих в системе обязательного медицинского страхования и оказывающих медицинскую помощь неработающим пенсионерам по старости, осуществляется в установленном порядке в субъекте Российской Федерации за счет средств бюджетов всех уровней в объеме, не ниже предусмотренного в 2002 году.

Участие Пенсионного фонда Российской Федерации в финансировании указанных расходов будет осуществляться на основании соглашения о финансировании расходов на оказание адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам между высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации и Пенсионным фондом Российской Федерации.

При этом предполагается, что Министерство экономического развития и торговли Российской Федерации, Министерство здравоохранения Российской Федерации и Министерство труда и социального развития Российской Федерации по согласованию с Министерством финансов Российской Федерации, в целях создания равных возможностей получения медицинской помощи для пенсионеров, утвердят методику и тарифов на медицинскую помощь (услуги), оказываемую застрахованным гражданам в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, определят порядок финансирования и взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь, учета, контроля и ценообразования по обязательному медицинскому страхованию, стандарты оказания медицинской помощи.

Пенсионный фонд Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальными фондами обязательного медицинского страхования, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации на основании получаемых агрегированных данных об объемах и стоимости медицинской помощи, оказываемой неработающим пенсионерам по ОМС, начать формирование сводного регистра для организации системы персонализированного учета застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования.

Взаимодействие участников процесса при отработке порядка финансирования территориальных программ обязательного медицинского страхования по обязательному медицинскому страхованию неработающих пенсионеров отражено на слайдах (9-16)

Целью проводимого эксперимента является дополнительное привлечение финансовых средств для обеспечения сбалансированности доходов системы обязательного медицинского страхования и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи неработающим пенсионерам, внедрение унифицированных и персонализированных способов оплаты медицинской помощи.

Изменение порядка финансирования процесса обязательного медицинского страхования может не дать положительных результатов, если не предоставить самостоятельности медицинским организациям в части расходования средств, поступивших за оказанные медицинские услуги населению, на заработную плату работникам, приобретение медикаментов, оборудования и др.

С 2004 года в соответствии с одобренной Правительством Российской Федерации Концепцией модернизации системы обязательного медицинского страхования софинансирование программы обязательного медицинского страхования неработающих граждан, включая пенсионеров и детей, будет осуществляться за счет средств федерального бюджета.

Одновременно с этим предусматривается уменьшение ставки единого социального налога в части перечисляемой в территориальные органы ОМС, и увеличение ставки единого социального налога в части зачисляемой в ФОМС.

Кроме того, в системе ОМС будет предоставлена возможность добровольного отказа от участия в обязательном медицинском страховании и решении вопроса финансирования медицинской помощи через систему добровольного медицинского страхования. В этом случае, обеспечивается право на денежную компенсацию через механизм предоставления вычета из ЕСН в части, направляемой в фонды обязательного медицинского страхования. Размер вычета из ЕСН должен определяться с учетом сохранения финансовой стабильности системы ОМС независимо от количества застрахованных граждан, перешедших в негосударственную систему медицинского страхования.

История возникновения и развития страхового дела

История возникновения и развития страхового дела тесно связана с историей общественного развития, частности с появлением капитализма на рубеже XVII-XVIII вв. Зарождение промышленности, бурный рост торговли и мореплавания способствовали появлению новых форм сохранения и упрочения капитала, в том числе и за счет страхования имущества, грузоперевозок. Так появились первые страховые товарищества которые наряду с банками и биржами стали неотъемлемой частью новой общественно-экономической формации.

Начиналось социальное страхование с наиболее простых его видов - страхования жизни и от несчастных случаев, которыми занимались небольшие частные страховые компании. По мере того, как крепла и развивалась промышленность, появлялись крупные предприятия, фабрики, в процесс страхования вовлекались все более широкие слои населения, а основным объектом страхования становилось здоровье и способность к труду. Стремясь обеспечить себя и свою семью в случае утраты трудоспособности по болезни или инвалидности, рабочие создавали общества взаимопомощи, "братства", и другие ассоциации, в которых сами производили страховые отчисления. В таком виде социальная защита рабочих в странах Европы существовала в течение XVIII-XIX вв. Например, в Германии такая структура сохранилась до сих пор в виде страховых фондов по профессии (Die Innungskrankenkassen). Небольшие фонды в каждом городе сливались в более крупные и устойчивые.

Во Франции было более 5000 обществ взаимопомощи на случай потери работы, болезни или выхода на пенсию. Некоторые из них содержали центры здоровья, нанимали врачей, но чаще возмещали расходы пациента после визита независимого врача. Подобным образом создавались страховые товарищества в Великобритании, Австрии, Бельгии, Швейцарии, России, Скандинавских странах и многих других.

Однако такие добровольные структуры постоянно испытывали дефицит финансовых средств, а число застрахованных было ограниченным, не говоря уже об иждивенцах, стариках, детях и других категориях

нуждающихся.

К началу нынешнего столетия во многих европейских странах были приняты законы о страховании работающих на случай болезни, инвалидности, старости, безработицы. Согласно этим законам в формировании страховых взносов помимо самих работников стали участвовать предприниматели, влад фабрик и мануфактур, выплачивавшие от 25 до 40% страховых взносов. В более поздний период в страховые фонды стали поступать субсидии и дотации государства.

Чем больше государство вносило средств (дотаций) в систему обязательного страхования здоровья, тем больше оно контролировало этот процесс. Стремление создать регулируемое страхование здоровья стало одной из главных предпосылок формирования государственного (бюджетного) здравоохранения в таких странах, как Великобритания, Швеция, Дания, Ирландия и других ("бевериджская" модель). В Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах, Швейцарии и других странах Центральной и Восточной Европы получила распространение так называемая "бисмаркская" модель, при которой существенную роль играло финансовое участие предпринимателей, выплачивающих обязательные взносы в установленные законом страховые фонды.

Показательной является реформа национального страхования в Великобритании.

"Акт о национальном страховании" был принят в Великобритании 15 января 1911 г. и первоначально, по аналогичным законам других стран, не предусматривал внесения страховых взносов полностью за счет государства, что является наиболее социально справедливой формой страхования. Акт 1911 года установил для одной группы застрахованных страхование без взносов (право на все пособия имели рабочие самой низкооплачиваемой категории с заработком 1,5 шиллинга в день, которые ничего не вносили в кассу общества). Пособия им формировались из взносов предпринимателей, других более высокооплачиваемых рабочих, дотаций государства. Для других категорий застрахованных Акт сохранял принцип взаимопомощи, смягчая его лишь предписанием выделения субсидий и дотаций из государственного бюджета. Таким образом, Акт 1911 г. впервые в Великобритании закрепил законодательно принцип общественной солидарности, когда богатый платит за бедного, здоровый - за больного.

Страховые взносы в Великобритании (а также в странах континентальной Европы) собирались через почтовые ведомства путем покупки специальных марок, затем эти средства поступали к страховым комиссиям в страховых комиссиях. Последние и распределяли полученные суммы (фактически налоги) всеми обществами взаимопомощи в зависимости от численности застрахованных за минусом средств, предназначенных на пополнение резервного фонда и содержание центральных органов страхования.

Спустя неполных 2 года (в 1913 г.) была проведена реформа национального страхования в Великобритании в результате чего государство стало покрывать расходы, связанные со страхованием на случай болезни и инвалидности, из бюджета.

Чтобы государство было в состоянии брать на себя такого рода расходы, понадобилось сравнительно широкое определение его компетенции, подводящее английскую систему страхования на случай болезней и инвалидности к идеалу страхования - "страхованию без взносов", что и стало в последующем в Великобритании главной предпосылкой реформы 1948 г. и создания бюджетной Национальной службы здравоохранения.

Во Франции вопрос об организации страхования здоровья, выплаты пенсии по старости и инвалидности впервые был поставлен еще Конвентом, который создал реестр - "Книгу национальной благотворительности" и Законом "22 флореаля второго года", определившим, какие категории населения подлежат записи в этот реестр. Но едва был опубликован этот Закон, как Конвент из финансовых соображений отказался от его выполнения. И только 100 лет спустя французское правительство приступило к проведению в жизнь принципов, провозглашенных Великой французской революцией.

В июле 1913 г. во Франции был принят закон, согласно которому проводилось страхование рабочих от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. По этому закону предприниматель обязан был выплачивать денежное пособие в течение календарного года с момента увольнения работника, этот вопрос решался комиссией, в которую входили депутаты, сотрудники страховых учреждений, рабочие и предприниматели. Закон имел очень важное значение в становлении системы страхования здоровья.

В Швеции проект закона о социальном страховании рабочих был внесен в риксдаг в 1883 г. Закон этот не принят. В 1907 г. правительством Швеции была учреждена специальная комиссия под председательством профессора В. Линдстада, в результате деятельности которой 21 мая 1913 г. риксдагом был принят "Закон об обязательном страховании на случай болезни, инвалидности, старости". По этому закону обязательно должны были страховаться все шведские граждане в возрасте от 16 до 66 лет. Страхование осуществлялось с единственной целью - обеспечить каждого по наступлении пожилого возраста (67 лет), а также при утрате трудоспособности (временной и стойкой) денежными пособиями из средств, получаемых путем внесения взносов страхуемыми и дотаций от общин и государства. Примерно в этот же период происходило реформирование законов о социальном страховании в Австрии, Бельгии, Швейцарии, Норвегии, Португалии.

других странах, где законодательная власть в той или иной мере регламентировала общественно-экономические отношения в государстве.

Родоначальницей больничных касс по праву считается Германия, где они образовались еще за 30 лет до появления первых касс в России, а немецкий *das Krankenversicherungsgesetz* стал образцом для подгот. Закона о социальном страховании рабочих на случай болезни, принятого III Государственной Думой 23 и 1912 г. в России.

Еще в 1883 г., сразу после принятия *das Krankenversicherungsgesetz*, по всей Германии стали формировать больничные кассы: фабричные, строительные, общинные, местные и др. Опыт их деятельности показал, что крупные кассы несравненно лучше обеспечивают всеми видами помощи своих членов, чем мелкие. Позднее в 1885 г. начался процесс объединения и централизации больничных касс, их реорганизация в местные (городские) больничные кассы. Наиболее крупными из них были Лейпцигская, Дрезденская, Мюнхенская и Штутгартская.

К примеру, в Лейпциге было образовано 18 местных касс и одна общинная, насчитывающая 22800 членов. Таким образом, возникла местная больничная касса для Лейпцига и окрестностей (*Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend*) - самая большая больничная касса Германии. Для оказания врачебной помощи (в период 1910-1913 гг.) касса оформила договорные отношения с 429 врачами, в том числе с 13 поликлиниками, 1 узкими специалистами и 28 зубными врачами.

Касса содержала свои санатории и Цандеровский институт, где имелся рентгеновский кабинет, электро-светолечение. Она состояла в договорных отношениях с 59 аптеками, 29 оптическими магазинами и другими учреждениями. У больных имелось право свободного выбора врача из опубликованного кассой списка работающих с ней по договору.

В обязанности больничных касс согласно закону входили:

предоставление бесплатного лечения;

выплата денежного пособия во время болезни;

материальная помощь и пособие беременным и роженицам;

пособие на погребение.

Членам семей застрахованных предоставлялось только бесплатное лечение, а также медицинская помощь беременным и роженицам. Но большинство касс этим не ограничивались и расширяли свою помощь за счет профилактических мероприятий (санатории, дома отдыха, пансионаты и др.), а также выделяли особые чрезвычайные фонды для помощи нетрудоспособным, создавая таким образом замену отсутствующего страхования по старости и инвалидности. Средства больничных касс составляли: 2/3 - взносы самих рабочих и 1/3 - взносы предпринимателей. Таким образом, исторически сформировалось несколько типов организации врачебной помощи застрахованным: система свободного выбора врача; система "списочных врачей"; система врачей, постоянно работающих в больничных кассах по контрактам.

Каждая из систем имела свои преимущества и недостатки и применялась в зависимости от сложившихся традиций, социально-экономических и географических особенностей данной территории.

Изложенные исторические аспекты формирования и продвижения в практику обязательного медицинского страхования в различных странах во многом определили его будущее развитие, что отчетливо прослеживается при анализе современного состояния системы здравоохранения стран Западной Европы и США.

Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран.

Существует множество классификаций систем здравоохранения. Обычно классифицируя их, европейские эксперты ограничиваются основными тремя моделями: Бисмарка (немецкая), Семашко (советская) и Бевереджа (английская).

Однако системы здравоохранения практически всех стран, проходя множество реформ, постоянно видоизменяются, заимствуя друг у друга идеи, обрекая попытки классифицировать их на провал. Например, описание положения дел в здравоохранении Англии годичной давности, уже сегодня не соответствует действительности. Кроме того, три вышеуказанные системы строились на основе солидарной идеологии французского: единство), суть которой состоит в том, что вклад гражданина в общественное благосостояние не должен определять его доступ к здравоохранению, а так же, к остальным услугам и продуктам, считающимся социально важными (образование, питание, минимальное жилье). В то же время, европей

классификации, вероятно из-за политической неприемлемости, лишь вскользь упоминают о существовании систем, в основе которых лежит либертарная идеология (от французского: свобода). основополагающий принцип либертарной идеологии: если вклад гражданина, то есть его труд, определяет доступ на рынок большинства продуктов, то и доступ к системе здравоохранения (а так же образования и т. д.) должен определяться теми же факторами. Медицина и здравоохранение в этом случае рассматриваются как некий другой товар. Хотя, в ряде стран такую идеологию принято считать варварской, на наш взгляд, она не лишена смысла. Во-первых, она возлагает на человека определенную долю ответственности за свое собственное здоровье. Так система здравоохранения США в прошлом весьма успешно стимулировала у своих граждан стремление к здоровому образу жизни, способствовала созданию потребительских ассоциаций, повышению степени медицинской просвещенности граждан. Во-вторых, главные факторы, определяющие здоровье человека, все равно, в любом обществе распространяются не по принципу равенства. В частности английскими эпидемиологами было показано, что разница по продолжительности жизни в развитых странах между высшим и нижним социо-экономическим классом составляет пять лет, и этот фактор находится на втором месте после курения, отнимающего в среднем около 6 лет жизни.

Таким образом, доход человека, посредством многих факторов определяет здоровье человека в большей мере, чем доступ к системе здравоохранения. Тем не менее, нигде кроме социалистических стран, не делалась попытка уравнивать доходы граждан и создать единый социо-экономический класс. сторонники либертарной идеологии считают, что нет смысла создавать равенство и в доступе к медицинским услугам как это снизит мотивацию граждан к успеху. оправдывая либертарную идеологию, надо признать, что именно она приводит к тому, что США по показателям здоровья находится далеко позади европейских стран, хотя подушевой доход - важнейший фактор, определяющий здоровье, у американцев выше. В последнее время отмечается поиск золотой середины, сближение либертарной и солидарной идеологии.

Прежде чем перейти к описанию специфических характеристик систем различных стран, необходимо остановиться на причинах зарождения национальных служб здравоохранения и систем страхования здоровья. Так, первая из зародившихся в новейшей истории систем здравоохранения, созданная канцлером Германии Отто фон Бисмарком в 1881 году, служила целям укрепления здоровья простых рабочих, так как они являлись потенциальными военнослужащими. В конце девятнадцатого века и тем более сегодня, когда количество дорогих лекарств и высокотехнологичных приборов, применяемых в медицине, увеличивается каждый день, немалую роль играют, нуждающиеся в медицинской помощи, оказываются не в состоянии самостоятельно оплатить ее. Страховые и национальные системы здравоохранения - это не только учреждения и ведомства, это и финансовые потоки, применяемые для повышения доступности (и эффективности) медицины.

Важнейшая концепция, объясняющая необходимость государственной службы или государственного контроля здравоохранения, заключается в том, что свободный рынок, часто считающийся саморегулирующимся и наиболее эффективным способом достижения подъема отрасли, просто не пригоден для системы здравоохранения в связи с «ошибками рынка» (market failure).

Основные ошибки рынка для системы здравоохранения состоят в следующем:

1) Для существования свободного рынка, необходимо, наличие покупателей, определяющих спрос, и продавцов, определяющих предложения. Однако, в медицине покупатель не определяет спрос на конкретную услугу, а лишь отчасти на услуги системы здравоохранения в целом. Так, направляющегося к врачу в поликлинику для лечения пациента иногда сравнивают с человеком, ощущающим голод и не знающим, как и чем его можно утолить, нужно ли его утолять или он пройдет сам, плох ли сам факт ощущения голода. Врач, определяющий одновременно и спрос, и предложения, оказывается в наиболее выгодном положении, получая в условиях свободного рынка неограниченную власть, продавать то, что выгодно в первую очередь ему. Достаточно себе человека продающего овощи, который сам решает сколько, какого сорта и по какой цене продать покупателю продукты, чтобы понять всю нерациональность нерегулируемого рынка в здравоохранении. Причина так называемого «спроса рожденного предложениями» лежит в первоначальной асимметрии информации, так как лишь врач наделен знаниями, позволяющими принимать решение о лечении пациента.

2). Некоторые виды услуг здравоохранения приносят большую пользу обществу, чем индивидууму (externality). Например, вакцинация приводит к тому, что шансы человека тяжело заболеть значительно снижаются, однако при вакцинации свыше определенного процента населения, потенциально подверженное заболеванию, можно предотвратить эпидемию или истребить заболевание вообще (что пока было достигнуто лишь в случае оспы). Другим примером может служить вышеупомянутый случай введения национальной программы страхования рабочих (потенциальных военнослужащих) в Германии. В обоих случаях, медицинские услуги оказываются слишком полезными для общества в целом, а последствия, которые они предотвращают (эпидемия и поражение в войне) слишком серьезными, чтобы оставлять их на усмотрение каждого гражданина.

3). Нарушение принципов равенства доступа к минимальному набору наиболее важных услуг системы здравоохранения, особенно в случае угрозы жизни, неприемлемо для большинства граждан развитых стран. Вероятно, если бы затраты на такое лечение шли непосредственно из кармана граждан, а не завуалированы через налоговую систему и через общий бюджет, это привело бы к изменению этических норм, в сторону более эффективного и продуманного использования средств. Этические нормы часто конфликтуют с экономическими принципами. Многие из погибающих в России граждан нуждаются в минимуме средств,

спасения своей жизни. В то же время баснословные средства, достаточные для спасения сотен людей, тратятся на спасение одного единственного человека. Это случается по политическим причинам, из-за усилий журналистов, из-за того, что постепенное угасание жизни выглядит менее трагично, чем смерть несчастного случая. Иногда, дело еще и в том, что общественное мнение и мнение врачей об определенных заболеваниях таково, что их считают естественными фазами жизни человека (гипертоническая болезнь, например), почти нормой, в то время как их в течение десятков лет дешево и эффективно лечат в западных странах.

4). Для существования свободного рынка необходимым условием является свободный вход продавца и покупателя. Неограниченный вход продавцов медицинских услуг привел бы к еще большему распространению ятрогений и не основанных на доказательствах медицинских методов, чем (несмотря на наличие контролирующих органов) мы имеем в России сегодня. Это, в не всякого сомнения, принесло бы здоровью и благосостоянию нации.

Таким образом, свободный рынок непригоден для регуляции системы здравоохранения, в первую очередь тому, что как было сказано еще Гай Юлием Цезарем в первом веке до нашей эры: «Здоровье граждан - высшая забота государства». Однако, непригодность свободного рынка, не означает, что отдельные элементы его не могут использоваться в регулируемых государством системах здравоохранения для создания конкуренции между продавцами услуг, повышения эффективности использования ресурсов, мотивации врачей и стимуляции потребителей.

Существование же такого разнообразия систем и такого количества проводимых реформ, говорит о том ни одна из них не идеальна. Каждое государство стремится создать наиболее приемлемое с точки зрения идеологии, экономики и ментальности здравоохранение, поэтому слепое заимствование идей и копирование успешных систем, не всегда приводит к положительному эффекту.

Система Бисмарка.

Как мы упомянули выше, первая из зародившихся в новейшей истории национальных систем здравоохранения, была создана канцлером Германии Отто фон Бисмарком в 1881 году. Она представляла собой программу страхования рабочих и их семей и базировалась на уже действовавших в то время законах компенсации работникам железной дороги (1838) и законе о шахтерских обществах (1954). «Большинство кассы» позднее сменили изначально созданные фонды социального страхования, оплачивавшие помимо расходов на лечение, пособия по безработице, пенсии и т. д. Кассы получали две трети своих взносов от работников и треть от работодателя. Эта система служила и служит моделью для систем медицинского страхования в мире.

В мире принято критиковать страховую систему современной Германии. Однако, многие из тех, кто берется критиковать, забывают о принципе «пригодности», возможно богатая страна имеет другие приоритеты, нежели сдерживание цен на содержание системы здравоохранения. Притом, что Германия расходует значительно больший процент от Валового Внутреннего Продукта (ВВП), чем их давний политический конкурент Англия (10,5% против 6,9%) при приблизительно одинаковом состоянии здоровья нации, Германия по большинству показателей здравоохранения, а также по уровню жизни, доступности образования, социальной помощи превосходит Великобританию.

Другой объект критики – метод оплаты врачей за услугу (гонорарный принцип или fee for service). Такой метод обычно стимулирует назначение излишних, дорогостоящих процедур. Применяемый в Германии более прогрессивный метод оплаты за услуги «баллами». В конце года в зависимости от общего количества заработанных всеми врачами «баллов» устанавливается стоимость одного «балла». Это позволяет, во-первых, регулировать расходы на здравоохранение посредством изменения суммы выплачиваемой врачам за каждый заработанный «балл», во-вторых, регулировать деятельность врачей, давая большее или меньшее количество баллов за определенные процедуры или в зависимости от исхода лечения.

Критике, так же, часто подвергается и тот факт, что гражданам предоставляется возможность застраховаться по государственной схеме, заплатив определенный процент от своей заработной платы (в этом случае работодатель оплачивает половину страхового взноса) и получить доступ к государственным больницам преимущественно частной поликлинической службе, или же застраховаться частным образом, заплатив в соответствии с риском (пол, возраст, наличие каких-либо заболеваний). Действительно, такое положение способствует тому, что около 10% наиболее богатых немцев не вносят свой вклад в государственную систему здравоохранения, таким образом, нарушая принцип страхования: богатые платят за бедных, здоровые за больных. Однако и частная, и государственная системы процветают, а право выбора, на наш взгляд, создает еще более жесткую конкуренцию между страховыми кассами. Необходимо отметить так что жесткой конкуренции способствует так же значительное (более 100) число «больничных касс».

Система Семашко

Хотя Советское здравоохранение подвергается критике, в большинстве случаев обоснованно и справедливо изначально, в первые годы после революции, система Семашко соответствовала времени и действительности.

была передовой. Под системой Семашко принято понимать то устройство системы здравоохранения, ко просуществовало в течение 70 лет Советской Власти. Хотя за это время, особенно в Сталинский период, некоторые аспекты финансирования и управления изменялись, все перемены не касались основополагающих принципов системы.

Система здравоохранения Российской Империи, СССР и современной России. Исторический экскурс.

Система здравоохранения Советского Союза была одной из немногих сфер государственной деятельности часто вызывавшей положительные отзывы специалистов капиталистических стран. Советский союз был одной из первых стран обещавших полное бесплатное медицинское обслуживание своим гражданам (хотя другие страны, например Германия, ввели медицинское страхование ранее, эти схемы не следовали принципу общедоступности). Записанное в конституции право бесплатной пожизненной медицинской помощи носило не только социальный, но и политический характер, так как должно было символизировать прогрессивность социалистической системы и служить орудием пропаганды. Многие страны стремились изучить опыт Советской модели, Всемирная Организация Здравоохранения рекомендовала использовать отдельные положения системы в ряде других стран.

Старая история.

История Здравоохранения России начинается с пре-христианской эры (крещение Руси произошло в 988 году, когда лечение производилось целителями, посредством растительных лекарственных средств и ритуальных действий). Значительных изменений медицины не происходило и в течение Татаро-Монгольского иго в 13-14 веках. Три крупные эпидемии чумы в 1365, 1425 и в 1498, произошедшие в Москве, унесли тысячи и десятки тысяч человеческих жизней. В 1551 году церковь совместно с членами двора провозгласила необходимость доступного лечения для больных и престарелых. С 15-го века в России доминировали иностранные, преимущественно европейские врачи. Первым Русским врачом получившим европейское медицинское образование считается Петер Постников, который отправился в Италию в 1694 году. В 18 веке Петер I способствовал приезду еще большего числа Европейских врачей. Русские врачи на тот момент времени преимущественно занимались лечением бедных слоев населения. В 1755 году императрица Елизавета основала Московский Университет и в 1764 году, при нем был открыт медицинский факультет. Впоследствии в России открывалось множество новых больниц, в 1833 году была открыта первая городская больница, где из 400 мест предназначались для бедных и содержались за счет государства.

В 1860-1917 были проведены социальные реформы, в частности царь Николай II основал сельские участки земства, каждое из которых имело и свою собственную районную службу здравоохранения. На средства государства были организованы медицинские и фельдшерские пункты (по мнению некоторых западных экспертов именно с того времени берет начало традиция «неофициальных» платежей за медицинские услуги), а так же больницы. С 1912 года так же начала работу система социального страхования, основанная на немецкой системе Бисмарка и покрывавшая около 20% работников различных профессий. Таким образом к периоду Великой Октябрьской Социалистической Революции в России была развита на уровне сравнимом с Западными странами система здравоохранения, включавшая в себя разветвленную систему больниц, сельских амбулаторий, частных практикующих преимущественно городских врачей, медицинское (высшее и среднее) образование.

В 1917-21 годах после Великой Октябрьской Революции, экономического спада, гражданской войны, голода, эпидемии тифа и т. д. Всероссийский Союз Работников Здравоохранения заменил профессиональные ассоциации. Контроль эпидемий и военная медицина получили наибольшее развитие. В 1921-28 годах в период Новой Экономической Политики (НЭП) отмечалось улучшение экономических показателей, эпидемиологический контроль оставался успешным. Во времена Сталинского правления в 1928-41 внезапная индустриализация привела к массовому голоду. В начале тридцатых годов медицинское образование было полностью переведено на финансирование и под прямой контроль Министерства Здравоохранения. В 1931 году была создана Академия Медицинских Наук, которая должна была координировать все вопросы, связанные с медицинскими исследованиями. Академия Медицинских Наук имела монопольные права на исследования, и находилась под контролем коммунистической партии, что приводило порой к политизации науки и сдерживанию прогресса. В частности, именно слишком пристальный контроль и политизация привели к отвержению генетики. С 1937 году финансовые средства, которые до этого шли непосредственно трудящимся в бюджет министерства здравоохранения, поступали в общий бюджет, а откуда распределялись между всеми министерствами. Хотя подобный способ финансирования системы здравоохранения применяется в других странах, например в Англии, необходимо отметить, что здоровье общества всегда было приоритетным направлением для Англичан. В СССР же финансирование из общего бюджета привело к тому, что здравоохранение недополучало необходимые средства, финансировалось по «остаточному принципу». Несмотря на некоторые отрицательно сказавшиеся на здоровье и здравоохранении решения и катаклизмы в целом, достижения в области медицины, контроля заболеваемости были монументальными. Огромным достижением являлось в частности развитие разветвленной сети медицинских учреждений, сохранение бесплатности услуг, хорошее функционирование профилактических служб.

Среди отрицательных тенденций развития здравоохранения России послевоенного времени можно отметить изоляцию науки от мировой (хотя изоляция характеризовала все отрасли), упор на количественные показатели, постепенное снижение финансирования, уменьшение роли медицинских сестер и

гиперспециализация врачей. Подход к развитию здравоохранения носил исключительно экстенсивный характер: считалось, что необходимо «больше того же самого», в то время как эпидемиологические тенденции изменились. Таким образом, в то время как западные страны изменяли подходы и искали новые методы решения проблем увеличения смертности от сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, травм, в СССР панацеей считалось увеличение количества врачей, медсестер и больничных коек. Наряду с подготовкой большого количества врачей и строительства больниц, в условиях постоянно снижаемого финансирования происходило постоянное снижение качества, как медицинского образования, так и медицинской помощи. Так же зарплата врачей, составляла всего 70% от среднестатистической, что при распространению практики неофициальных платежей и снижению престижа врачей и относительному снижению конкурса в медицинские Вузы.

Новейшая история.

Основные аспекты социалистической медицины.

Провозглашение права на бесплатное медицинское обслуживание вскоре после революции привело к тому, что здравоохранение полностью перешло в руки государства, и сделало врачей государственными служащими. Скрытой страховой схемы не существовало, государству полностью принадлежала система здравоохранения. Медицинских ассоциаций способных воздействовать на принимаемые решения не существовало. Министерство здравоохранения полностью управляло системой, министр здравоохранения назначался Президиумом Верховного совета. Министерство представляло из себя крупную, разветвленную иерархическую структуру, с подразделениями на различных уровнях. Доступ к услугам системы здравоохранения определялся либо местом жительства, либо местом работы, через поликлиники. Выбор врача для большинства простых граждан не был предусмотрен. Члены определенных организаций, высокопоставленные начальники имели доступ к разветвленной сети элитных клиник, таким образом, провозглашенный принцип равноправия нарушался.

До середины 1960-х советская медицина способствовала снижению смертности (в частности младенческой, хотя ее определение было изменено в целях пропаганды), увеличению продолжительности жизни, хотя вероятно большую роль сыграло повышение благосостояния граждан и изобретение антибиотиков. Однако после середины 60-х эпидемиологические тенденции перестали соответствовать таковым на западе. В то время как в развитых капиталистических странах после эпидемиологического перехода здравоохранение используя новые подходы, продолжая успешно бороться с дегенеративными заболеваниями, Советское здравоохранение не смогло переориентироваться. В результате разница в смертности в СССР и развитых странах начала увеличиваться с каждым годом. Как и ранее, отчасти это было связано и с факторами находящимися за пределами медицины. В значительной мере успех борьбы западных систем здравоохранения с дегенеративными и инфекционными заболеваниями был связан со службами общественного здоровья (здравоохранения), которые занимались в основном воздействием на немедицинские факторы, определяющие здоровье.

Другая возможная причина неудачи советской системы здравоохранения состояла в том, что в период правления Хрущева расходы на содержание военного комплекса сильно возросли. Для того чтобы достичь военного превосходства над Соединенными Штатами при Валовом Внутреннем Продукте (ВВП) четыре раза меньше, СССР потребовалось подставить под удар все остальные отрасли, в том числе здравоохранение, жилищно-строительный комплекс, образование и другие службы, работающие с детьми все из которых являются факторами определяющими здоровье. Если в середине 60-х годов Советский Союз расходовал около 6-6,5% от ВВП на здравоохранение, что было сравнимо с показателем западных стран, к распаду СССР эта цифра снизилась до 2-3%.

Необходимость реформ.

К моменту перестройки (1985 год) стали очевидными некоторые недостатки системы здравоохранения. В первую очередь остро встал вопрос о качестве медицинской помощи. Хотя в СССР количество врачей было вероятно, высочайшем в мире, стандарты их подготовки явно не соответствовали западным. Медицина перестала быть престижной профессией. 70% врачебного персонала составляли женщины, зарплата же не превышала 70% среднестатистической. Все чаще врачи получали неформальные платежи от пациентов порой не за лучшее лечение, а просто за лечение. Таким образом, концепция всеобщей бесплатной медицинской помощи становилась все более далекой от реальности.

Самое высокое количество больничных коек в мире (в 4 раза больше чем в США на 1985 год) свидетельствовало о том, что в СССР развитие системы здравоохранения продолжалось по экстенсивному пути. Так же многие больницы особенно в сельской местности не соответствовали элементарным стандартам, около четверти больниц не имели даже системы центрального водоснабжения.

Зарплата врача зависела от специализации и квалификации, а не от качества его работы. Единственное, что, посредством зарплат и неформальных платежей, приводила материальная стимуляция врачей, узкой специализации и к стремлению работать преимущественно (около 80%) в больницах. Кроме того, в соответствии с законом Саттона, именно лучшие врачи были способны преодолеть конкуренцию и получить место в больнице. В амбулаторной службе в массе своей работали врачи с более слабой подготовкой.

Выплаты больницам основывались на количестве больничных коек и носили характер, стимулирующий неэффективность. По закону Ромера, в условиях финансирования больницы, исходя из количества больничных коек, управление больницы будет стремиться раздуть коечный фонд до максимально возможного размера и держать их заполненными, за счет повышения количества госпитализаций или средней продолжительности госпитализации, часто необоснованно с точки зрения медицинской необходимости. Именно это и происходит в нашей стране вплоть до сегодняшнего дня.

Фармацевтический рынок конца 80х тоже столкнулся с кризисом. Производство медицинских препаратов и оборудования в России так никогда и не вышло на достойный уровень, из-за того, что экстенсивный метод развития отрасли здравоохранения требовал значительных расходов на поддержание системы, а средства здравоохранения выделялись недостаточно, что бы их хватало и на фармацевту. Этот дисбаланс, когда в больше ресурсов передавалось военному комплексу, и все меньше системе здравоохранения (во много раз меньше по сравнению с капиталистическими странами), а количество врачей на зарплате и учреждений нуждавшихся в финансировании превышали все зарубежные прецеденты, привел к зависимости СССР от поставок импортных медикаментов. Изначально, политическое давление на страны Восточной Европы и (Индии, например), помогало России получать медикаменты на приемлемых условиях. Однако ослабление политического влияния СССР привело к невозможности закупок препаратов в необходимом объеме.

Другой проблемой советской медицины и науки вообще, являлась полная изоляция. В то время как раз капиталистические страны в условиях высокого финансирования медицинских исследований, трудились сообща, в России наука развивалась изолированно, в условиях низкого финансирования, преодолевая сопротивление, связанное с политизацией результатов исследований. В соответствии с мнением различных экспертов медицинская практика в России отстает от уровня западных стран на 20-30 лет. К сожалению, сейчас эта изоляция существует из-за языкового барьера.

Идеи реформ.

Разговор о стимулировании хороших врачей и рационализации финансирования здравоохранения начался задолго до непосредственного реформирования отрасли. Важным шагом было принятие закона о страховании здоровья за полгода до распада СССР. Воплощен этот закон был в 1993 году. Медицинское страхование, явилось радикальным переходом от бюджетного финансирования к выделению и изоляции средств предназначенных для отрасли здравоохранения, не позволяя таким образом урезать ее финансирование. 3,6% от фонда оплаты труда делились между региональным фондом (3,4%) и федеральным фондом (0,2%). Последний, должен был уравнивать доступ к медицинской помощи в более бедных регионах и выделять средства в случае катастроф и эпидемий. Страховые компании, получая средства от фондов, должны были контрактовать медицинские учреждения, борясь за потребителя и, стараясь расходовать средства наиболее эффективно, на благо пациента. Однако в России, в силу коррумпированности всех уровней власти, вместо регулируемого рынка, сложилась ситуация наиболее описанная в законе Капоне. Страховые компании не считали нужным вовлекать потребителя в процесс принятия решений относительно системы здравоохранения, хотя весь смысл создания последней, должен был состоять в служении здоровью общества. Капиталисты, как всегда оказались главными врагами капитализма. Мирно поделив население России, страховые компании попросту пропускают финансовые потоки через себя, оставляя часть средств на свое развитие. В последнее время, наметились некоторые положительные тенденции, хотя полноценного права выбора страховой компании, да и врача, потребители так и не получили. Россия по сей день остается единственной страной, где средства направленные на финансирование здравоохранения проходят сначала через фонды, а затем через страховые компании: развитых странах административный аппарат имеет лишь одно из этих звеньев. Функции каждой из этих организаций непонятны, во многом они взаимозаменяемы.

Интересным является тот факт, что бюджетное финансирование частично сохранилось. В частности, выплаты по ряду статей расходов учреждений и за лечение неработающих, а так же некоторым ведомственным учреждениям, производятся из федерального или региональных бюджетов.

Добровольное медицинское страхование, несмотря на значительное количество страховых компаний, в какой-либо момент не станет приемлемым для большинства российских граждан. Семьдесят лет бесплатной медицины сделали такой подход к финансированию здравоохранения ментально мало-приемлемым. Кроме того, страховым компаниям трудно конкурировать с врачами, занимающимися полу-подпольной практикой получения неофициальных платежей с пациентов, не платя при этом налоги и используя государственное оборудование.

Десять лет реформ. К чему мы пришли?

Переход к страхованию здоровья отражал в первую очередь идеологические перемены в государстве, переход от административно-командной иерархии к рыночным отношениям. Рынок является способом достижения баланса между спросом и предложениями, стимулирует эффективность и заинтересованность производителей. В здравоохранении, реформы привели к разделению плательщиков и производителей, что в той или иной мере способствовало развитию конкуренции. Однако, свободный рынок не панацея ни для какой отрасли, а тем более в здравоохранении. Мы уже обсуждали вопросы ошибок рынка в медицине. И тем не менее, рыночные отношения приводят к положительному эффекту лишь в условиях сильного правительст

строгое исполнение законов, уважения прав на частную собственность и экономической стабильности. | в государственном секторе, «внутренний рынок» в соответствии с британским термином, невозможен при сегодняшнем уровне коррупции чиновничьего аппарата.

Говоря о несовершенстве системы здравоохранения России и о причинах по которым многое из того, что было запланировано не удалось в полном объеме воплотить в жизнь, нельзя не сказать, что эта отрасль практически не реформируясь в течение 70 лет, в последние годы сделала мощный шаг вперед. Хотя, по моему мнению, и выбранная модель здравоохранения имеет свои недостатки (в частности слишком много ненужных административных звеньев), основные причины неудач лежат за пределами собственно реформ сектора, и связаны с коррупцией, экономическими трудностями, ментальностью людей привыкших к «бесплатности» услуг здравоохранения. Не менее важным моментом является упор делаемый на изменение финансирования системы, а не собственно устройства здравоохранения и медицинских практик. На сегодняшний день важно не забывать, что страховая медицина – это лишь один из возможных способов финансирования, а не замена грамотно построенной системы, со сбалансированным спросом и предложениями, с высоким качеством медицинской помощи, с рациональным и эффективным использованием ресурсов.

Система Бевереджа

С 1911 года в Англии существовала система страхования здоровья рабочих, охватывавшая около 1/3 населения. Эта система, введенная премьер-министром Великобритании Дэвидом Ллойд-Джорджем, имела важную отличительную особенность, которая сохранилась по настоящее время. Оплата врачей «общей практики» подушевым методом (капитация, *per capita payment*) – это метод оплаты, при котором бюджет получаемый одной частной практикой зависит в первую очередь от количества зарегистрированных на постоянной основе пациентов. Таким образом, основной принцип капитации – деньги следуют за пациентами в этом случае имеют возможность, отчасти, регулировать спрос по законам свободного рынка как обладают правом свободного выбора врача. Сегодня, ежегодно получаемая врачом общей практики Великобритании сумма, зависит от количества пациентов, которые зарегистрировались как его пациенты их пола и возраста и социального статуса. На престарелых и детей до четырех лет и на женщин фертильного возраста, на жителей более бедных районов подушевые выплаты выше. Подушевая выплата включает средства, предназначенные для лечения в стационарах по ряду нозологий. Таким образом, врач общей практики способен предотвратить госпитализацию в случае, когда это эффективней и дешевле. Так же, бюджет такой практики включает в себя средства на так называемую домашнюю реабилитацию, что делало возможной более раннюю выписку госпитализированных больных. Такой метод оплаты врача первичного звена имеет значительные достоинства, так как стимулирует врача общей практики использовать ресурсы наиболее эффективным образом, вести профилактическую деятельность в случаях, когда это дешевле, лечить в последствии, бороться за пациентов.

Система страхования рабочих развивалась, покрывая все больший процент населения, однако, система Бевереджа сложилась лишь в 1948 году. Уильям Беверидж, во время второй мировой войны, по поручению Уинстона Черчилля разработал программу послевоенной социальной реконструкции. «Отчет Бевериджа 1942» года лег в основу будущей Национальной Службы Здравоохранения, поставив здравоохранение в структуру общей социальной политики. Таким образом, правительство лейбористов в 1948 году учредило всеобъемлющую, всеобщую, бесплатную службу здравоохранения. В первые годы молодая служба столкнулась со значительными трудностями. Проблема морального вреда (*moral hazard*) была особенно яркой. Врачи общей практики, оплачиваемые по принципу капитации государством, порой без малейшего повода вызывались пациентами на дом. Так как, пациенты не должны были больше платить за свое лечение требования к системе возросли. Специалисты же, оплачиваемые по гонорарному принципу, получили возможность определять и спрос и предложения в абсолютно нерегулируемых условиях, в результате люди со здоровыми зубами оказывались запломбированными до 20 зубов, люди без нарушения зрения получали очки, аппендэктомии производились при незначительных болях в животе. Расчет Уильяма Бевереджа, что бесплатная медицина позволит вылечить все болезни, и в результате приведет к снижению расходов на здравоохранение, оказался утопическим. Расходы на здравоохранение увеличились за десятилетия в несколько раз, что потребовало привлечение средств, которые ранее шли на образование, социальное развитие, строительство, развитие дорог – факторы, влияние которых на здоровье по меньшей мере сравнимо с влиянием медицины.

Наличие «морального вреда» со стороны, как пациентов, так и врачей привело к введению регуляторных. Были введены со-платежи, то есть пациент выплачивал часть стоимости лечения. Регулирующая роль в общей практике или «функция вратаря» (*goalkeeper*) позволила снизить количество обращений к специалистам, плановых госпитализаций. Просвещение пациентов позволило дать им возможность участвовать в процессе принятия решений, связанных с лечением. Вообще, декларации и защита прав пациентов и врачей способствовали становлению того баланса в системе здравоохранения, который не смотря на недовольство и критику многих Британских экспертов, является предметом зависти для многих стран Европы и Америки.

Говоря о британской системе здравоохранения, нельзя не упомянуть реформы железной леди – Маргарет Тетчер, а так же, поучительные истории реформ, проводимых в настоящее время премьер-министром А. Тони Блэром. С самого начала своего руководства Маргарет Тетчер провозгласила новую концепцию развития Национальной службы: «внутренний рынок». Хотя вся система здравоохранения Англии строилась

на рыночных отношениях, участие третьей стороны – плательщика, и малые размеры индивидуальных практик делали невозможным передачу ответственности врачам общей практики в полном объеме. Риск связанный со значительной частью нозологий, требующих серьезного лечения, оставался на Национальной системе, так как единственный случай, требующий, например, пересадки органа, мог разорить частную практику что оставило бы без медицинской помощи до двух с половиной тысяч человек. В результате, как лечени и, что не менее важно, менеджмент наиболее дорогих нозологий не контролировался финансово заинтересованными в эффективности врачами. Это приводило к большей растрате средств, чем в случае нозологий, средства на лечения которых находились в ведении врачей общей практики. Маргарет Тетче добровольной основе разрешила нескольким врачам общей практики объединяться в фондодержателей. Группа врачей получала годовой бюджет, включавший средства на лечение и профилактику большого количества преимущественно предотвратимых заболеваний, которые в ряде случаев требовали стационарного лечения или помощи специалистов. Единичный случай тяжелого заболевания уже не мог разорить группу фондодержателей, так как их бюджет был больше и позволял разбавить риск (pool the risk). Конкуренция же сохранялась, так как пациент мог поменять врача или группу врачей, если его не устраивал набор предоставляемых услуг. На мой взгляд, фондодержательство является настоящим прорывом в управлении здравоохранением. Именно такая структура позволяет Англии расходовать почти в два раза меньше средств в отношении к ВВП, по сравнению с другими высокоразвитыми странами и в течение длительного времени оставаться единственным государством, которому удается эффективно сдерживать расходы на здравоохранение. Недостатком той системы было то, что не все врачи объединились в группы фондодержатели. В результате, пациенты зарегистрировавшиеся в индивидуальных частных практиках, вынуждены значительно дольше ждать хирургических операции или приема специалиста. Эта, так называемая, двух-очередная система (two-tier system) является явным примером неравноправия (inequity) это противоречит законодательству любой цивилизованной страны и вызывает много протестов со стороны общественности. Однако, все проблемы, возникавшие в связи с фондодержательством, были связаны с тем что не все врачи объединились в такие группы. Эту проблему, среди ряда других, решил Тони Блээр, сделав объединение врачей в группы обязательным. В рамках его реформы здравоохранения, в силу политического расхождения его партии с партией Маргарет Тетчер, он обещал отказаться от фондодержательства. Од и это и есть поучительный момент, о котором мы упоминали ранее, все его реформы являлись, по сути, продолжением реформ предыдущего премьер-министра, с отказом, по политическим причинам от старой терминологии. Так, вместо «внутреннего рынка», используется термин сотрудничество, вместо фондодержателей, образованы группы первичной помощи (primary care groups) которые не отличаются по сути, а лишь крупнее, объединяя до ста врачей. Такая перемена терминологии многих ввела в заблуждение привела к ошибочному мнению, что в Великобритании кардинально изменилась концепция развития отрасли. Так же, в рамках нынешней реформы, концепции общественного здоровья (здравоохранения) (public health) получили значительную большую поддержку в рамках увеличения регуляторной роли местных департаментов здравоохранения. Необходимо отметить, что профилактические программы активно проводятся в Великобритании в течение долгого времени, и врачи общей практики являются главными медиаторами профилактики. В частности, профилактике неинфекционных заболеваний способствовало, помимо поду платежей, специальные целевые выплаты (target payment). В частности специальные гонорары утверждались за измерение давления и скрининг ряда других заболеваний, проводимый всем пациентам свыше определенного возраста. В случае с профилактикой инфекционных заболеваний целевые платежи применялись за проведение вакцинации 95% восприимчивого контингента.

Американская система.

Вероятно, не одну систему здравоохранения не подвергают таким шквалам критики как Американскую. Основная причина критики - высочайшие в мире расходы при довольно невысоких показателях здоровья. Действительно, при расходах превышающих 14% от ВВП, продолжительность жизни чернокожих американцев сравнима со странами восточной Европы, а у белого населения - позади большинства развитых стран. При этом, 15% населения практически не имеют возможности воспользоваться услугами, вне всякого сомнения самой передовой медицины, а еще 15% застрахованы не адекватно.

Система здравоохранения США сложилась в условиях практически свободного рынка. Профессиональные медицинские ассоциации имели огромную власть, не позволяя государственному вмешательству. Хотя с года существуют программы Медикер (Medicare), которая покрывает расходы по лечению большинства заболеваний у людей старше 65 лет, и Медикэйд (Medicaid), программа, покрывающая неотложную медицинскую помощь для малоимущих, в течение долгого времени, значительная часть населения, не входившего в эти категории, не могла позволить себе медицинскую помощь в необходимом объеме. Начиная с 60-х годов, все большее распространение получили «Организации по поддержанию здоровья» (Health Maintenance Organizations). По сути, эти организации являются страховыми компаниями, работающими в условиях жесткой конкуренции, по различным схемам. Интересной является новая концепция, по которой работают эти организации - «управляемая медицинская помощь» (managed care). Поскольку Организации поддерживающие здоровье, являются плательщиками за все виды медицинских услуг, предоставляемых застрахованным, посредством правильного менеджмента, им удается значительно снизить расходы. Посредством проведения профилактики (в случаях, когда это затратно-эффективно), лечения в амбулаторных условиях, вместо стационарных, избегания неоправданных и неэффективных назначений.

Здравоохранение за рубежом.

В настоящее время можно выделить три основные принципиально отличающиеся системы здравоохранения

1. Преимущественно государственная (Великобритания.)

2. Преимущественно страховая система, представленная в таких европейских странах как Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, некоторых государствах Латинской Америки, Японии других; (в них проживает более 1 млрд. человек - свыше четверти всего населения мира).

3. Преимущественно частная (платная) система. (США)

Практически ни в одной из достаточно развитых стран указанные системы не представлены в чистом виде. Более того, в ряде стран получает преимущественное развитие то одна, то другая система.

Трудно назвать, помимо США, страны, где господствует частная медицина и частное добровольное медицинское страхование.

Например, во всех странах, даже с государственной системой здравоохранения, имеются организации и учреждения, осуществляющие добровольное, частное медицинское страхование.

Преимущественно государственная система здравоохранения развивалась как направление социальной политики государства. В результате государство усиливало свое влияние и контроль над деятельностью медицинских и страховых организаций.

Заслуживает внимания тот факт, что система здравоохранения, например, Великобритании создавалась с учетом опыта СССР. Опыт организации государственной системы здравоохранения Великобритании свидетельствует о её высокой эффективности и доступности при относительно низких затратах на медицинскую помощь. Основная часть средств поступает из государственного бюджета и распределяется сверху вниз по управленческой вертикали. Централизованное финансирование позволяет сдерживать расходы на лечение.

Существенным недостатком бюджетного финансирования здравоохранения является склонность к монополизму, игнорирование прав пациентов, как правило, отсутствие возможности выбора врача, лечебного учреждения. В монополистической структуре неизбежно снижение качества медицинских услуг из-за отсутствия стимулов для представителя (производителя, продавца) и отсутствие возможности осуществления контроля за деятельностью медицинских учреждений со стороны пользователей, потребителей медицинских услуг.

Преимущественно страховая система основана на принципах солидарности. Она тесно связана со всей системой социального страхования и регулируется одним законодательством. Страхователям и застрахованным предоставлена возможность осуществления контроля над использованием страховых средств, застрахованным - возможность выбора врача, лечебно-профилактического учреждения. В страховой медицине наиболее важными являются проблемы обеспечения равного доступа и оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам из групп повышенного риска (престарелые, бедные, инвалиды), оптимального распределения финансовых ресурсов среди групп застрахованных.

Финансирование подобных систем осуществляется из трех источников: страховые взносы предпринимателей и физических лиц - отчисления от доходов (налогов); заработки трудящихся - отчисления из заработной платы; средства государственного бюджета.

Так в Германии действует одна из наиболее развитых систем социального медицинского страхования. Она была введена в Европе в 1883 г. Бисмарком, и в настоящее время ею охвачено более 90% населения (80% охвачено частным медицинским страхованием и за 2% неимущих платит государство). Эта система обеспечивает необходимую медицинскую помощь в случае заболевания для всех застрахованных.

Система обязательного страхования осуществляет свою деятельность через некоммерческие страховые организации - больничные кассы. Это независимые самоуправляемые организации, структура которых определена законодательно. Существует несколько видов касс: местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства, производственные (по месту работы), морские, горняцкие, сельскохозяйственные и эрзац кассы (главным образом для служащих). Контроль и управление за их деятельностью осуществляет правительственное агентство.

Французская модель медицинского страхования характеризуется эффективной интеграцией со всей системой социального страхования. В системе социального страхования существует более двадцати различных видов в том числе медицинское - по болезни, временной нетрудоспособности, несчастному случаю, беременным и родам.

Законодательством утвержден единый порядок страхования, которым охвачено 80% населения. Система страхования, включающая в себя более 90 страховых компаний, контролируется общенациональной организацией. Фонды социального страхования, сформированные на национальном уровне, осуществляют финансирование обязательной программы страхования здоровья. Пополнение финансовых средств

осуществляется путем введения страховых налогов, что составляет 90% объема фонда. При этом страх налог равен 60% фонда оплаты труда.

Кроме обязательного государственного страхования существует сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи. За счет последних получают медицинское обслуживание незастрахованные французы, число которых едва превышает 2%.

В Бельгии раньше, чем в других странах была введена практика государственных дотаций оплат медицинского обслуживания. В системе медицинского страхования работает шесть общенациональных союзов страховых фондов: католический (45% населения), социалистический (26%), либеральный (7%), профессиональный (15%), независимый (4%) и вспомогательный (1%). Таким образом, 98% бельгийцев охвачено обязательным медицинским страхованием, и только 1% - частным.

Управление системой медицинского страхования осуществляет Национальный Институт по болезни и инвалидности. Коммерческие страховые компании не имеют своей ниши в системе медицинского страхования. Высокий уровень социальной защиты, всеохватность государственным медицинским страхованием, удовлетворенность качеством медицинского обслуживания исключил острую необходимость развития частного страхования.

Современное состояние общественного здоровья Японии характеризуется очень высокими показателями ожидаемая продолжительность жизни- 80 лет (в России 60 лет), - самая высокая для развитых стран мира. Младенческая смертность - 4,4 случая на 1000 живорожденных,- самая низкая в мире. Эти успехи обусловлены высоким уровнем организации медицинского страхования в Японии, основанной на национальной системе обязательного медицинского страхования. Высокая продолжительность жизни в стране заставила Министерство здравоохранения и благосостояния уделить особое внимание проблеме организации помощи и ухода на дому для пожилых людей.

Важно подчеркнуть, что в Японии разные группы населения, независимо от уровня доходов, имеют одинаковую возможность получать медицинскую помощь. Врачи не только выписывают лекарства, но и обеспечивают пациентов лекарствами. В результате страна занимает первое место в мире по потреблению медикаментов на душу населения.

Преимущественно частная система медицинского страхования, наиболее широко представленная в США, характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования. Для большинства населения США страхование здоровья является частным делом каждого. Добровольной, частной формой медицинского страхования охвачено 80% населения. В США примерно 1500 частных страховых компаний. Из них две самые крупные, занимающиеся только страхованием здоровья, - "Синий Крест" и "Синий Щит". Это частные страховые компании, занимающиеся добровольным страхованием, получающие при этом сверхприбыли.

Наряду с частной системой медицинского страхования в США существует две правительственные программы находящиеся на государственном финансировании - это "Медикэр" (для медицинской помощи пожилым после 65 лет) и "Медикейд" (для безработных, неимущих и некоторых групп инвалидов). Однако только 4 американцев с низким доходом получили возможность зарегистрироваться и получать пособия в рамках программы "Медикейд". Программой обязательного социального страхования престарелых ("Медикэр") охватываются все граждане старше 65 лет, поэтому она считается более успешной. Однако престарелые пациенты вынуждены сами платить из своего кармана за первый день госпитализации, за посещение в поликлинике и почти за всю долгосрочную помощь в домах сестринского ухода.

Следует подчеркнуть, что именно в США разрабатываются и внедряются эффективные медицинские технологии, развертываются передовые научные исследования и, в результате, успешно реализуется медицинская помощь высокого качества.

Несмотря на многообразие форм организации медицинской помощи, в настоящее время, по-видимому, в одной страны, которая была бы полностью удовлетворена собственным здравоохранением.

Международный опыт организации медицинской помощи

Многие правительства под эгидой Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) проводят анализ своих систем здравоохранения, а также приемлемости современных подходов к финансированию, организации оказанию медицинской помощи в своих странах.

В соответствии с доминирующим методом финансирования систем здравоохранения выделяют:

системы здравоохранения, финансирование которых основано главным образом на общем налогообложении. Используются в скандинавских странах, Ирландия, Великобритания и странах Южной Европы (Греция, Испания, Италия, Португалия). В этих странах в целом признается роль государственного сектора как

основного источника финансирования, что позволяет обеспечивать всеобщий доступ населения к служб здравоохранения и справедливое географическое разделение ресурсов. Сторону покупателей представ органы охраны общественного здоровья;

системы здравоохранения, основным источником финансирования которых является социальное страхование. В этих системах (например в Австрии, Бельгии, Германии, Люксембурге, Франции, Швейцарии) государство осуществляет регулирование и строгий контроль за системами здравоохранения либо с целью сдерживания расходов (например, путем установления максимальных уровней страховых взносов), либо обеспечения большей степени равенства и солидарности. Роль покупателя медицинских услуг выполняют страховые компании;

системы здравоохранения, основанные на социальном страховании, основным источником финансирования которых является налог, взимаемый с заработной платы (большинство стран Центральной и Восточной Европы и СНГ).

Следует отметить, что, несмотря на наличие лишь нескольких теоретических моделей организации систем здравоохранения, наблюдается большое разнообразие целей, методов и механизмов, принимаемых в различных странах для обеспечения эффективного функционирования национальных систем здравоохранения.

На реформирование здравоохранения в каждой конкретной стране оказывает влияние широкий диапазон средовых факторов, включая макроэкономические условия, социально-политическую среду и общественные ценности, сочетание экономических, социальных, демографических, управленческих, технологических и идеологических условий. Непосредственное влияние на процесс проведения реформ оказывает структура государственного устройства и особенно распределение власти и полномочий между центральными и местными органами. Весьма часто ключевыми факторами, определяющими изменения в политике, являются все группы, причастные к здравоохранению.

Рост государственных расходов на медицинское обслуживание населения, а в ряде случаев необходимость сокращения социальных расходов, в последние десятилетия стал серьезной проблемой при определении политики здравоохранения во многих странах мира. Эта проблема явилась побудительным мотивом проведения реформ, направленных на повышение эффективности финансирования, организации и оказания медицинской помощи.

Повышению общих расходов на здравоохранение в Западных странах способствовали такие факторы, как появление новых видов лечения и технологий, растущие ожидания широких масс населения, а также старение населения, сопровождавшееся повышением уровней хронической заболеваемости.

С проблемами ограничения расходов на здравоохранение и повышения эффективности использования выделяемых на эти цели ресурсов столкнулись практически все страны Восточной Европы и СНГ в связи с экономическими кризисами и трудностями в этих странах, возникшими в связи с распадом СССР, СЭВ и переводом их экономики на рыночные отношения.

С учетом вышесказанного целесообразно рассмотреть те тенденции в зарубежном опыте организации и реформировании национальных систем здравоохранения, которые лежат в русле решения российской проблемы согласования конституционных государственных гарантий по оказанию медицинской помощи населению и финансовых возможностей государства в рамках модели социального страхования. Основы проведенных реформ в других странах, адаптация и корректировка механизмов реформирования применительно к местным, российским условиям являются неотъемлемыми ключевыми элементами в достижении успеха в проведении реформ. Укрупненно цели зарубежных систем здравоохранения и ориентированные на их достижение механизмы могут быть представлены в таблице 1.

К ключевым тенденциям в стратегиях проводимых в зарубежных странах реформ здравоохранения относятся:

изменение роли государства и рынка в сфере оказания медицинских услуг;

децентрализацию и передачу полномочий на более низкие уровни государственного сектора;

расширение свободы выбора для усиления возможностей и полномочий граждан;

изменение роли системы охраны общественного здоровья.

При рассмотрении роли государства и рынка в сфере оказания медицинских услуг многие страны рассматривают эти услуги главным образом как общественное благо, от пользования которым в выигрыш остаются все граждане.

Таблиц

Основные цели реформирования систем здравоохранения и механизмов их реализации в зарубежных странах

Цели реформ	Используемые механизмы	
<p>Решение проблемы недостаточности ресурсов путем сдерживания расходов.</p>	<p>Перераспределение финансовых средств за счет других статей бюджета.</p> <p>Повышение налогов или взносов в рамках системы социального страхования.</p> <p>Регулирование спроса на медицинские услуги путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> соучастия граждан в покрытии медицинских расходов; нормирования и/или постановки приоритетов, с тем, чтобы нормировать расходы и/или доступ к определенным службам, финансируемым за счет страхования; установление премий в системах социального страхования за неиспользование страховки; введения стимулов, способствующих использованию личных средств, например таких, как снижение налога на доход для тех лиц, которые пользуются частной медицинской помощью; предоставления права выйти из официально учрежденной системы страхования. <p>Регулирование предложения медицинских услуг путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> использования конкуренции между страховщиками; сокращения числа выпускаемыми вузами врачей, а также больничных коек; установления контроля за затратами на оплату труда (например в виде зарплаты) или за расходованием материальных средств медицинского назначения (например, фармацевтических препаратов); установления предельных уровней расходов или общих бюджетов для лечебно-профилактических учреждений; введения вознаграждения профессиональных работников здравоохранения; воздействия на характер использования ресурсов, ответственность за которые несут врачи; внедрения рыночных стимулов; оптимизации использования технологий; внедрение эффективных схем предоставления медицинских услуг, например, замены более дорогостоящих больничных услуг медицинскими услугами, предоставляемыми в амбулаторных условиях и на уровне первичной медико-санитарной помощи. 	<p>“Правильный” уровень финансирования определяется политическими приоритетами</p> <p>Составление бюджетов с установление предельных уровней использования людских ресурсов считается наиболее эффективным способом сдерживания расходов.</p>

Обеспечение финансовой устойчивости и всеобщего охвата населения за счет медицинского страхования,	<p>Нормирование оказываемых населению медицинских услуг.</p> <p>Установление приоритетов при распределении ограниченных средств.</p> <p>Использование эффективных моделей распределения ресурсов.</p> <p>Использование эффективных моделей оказания медицинской помощи.</p>	
Повышение эффективности распределения средств между производителями медицинских услуг .	<p>Заключение договоров.</p> <p>Эффективные системы оплаты услуг, предоставляемых медицинскими работниками и учреждениями.</p> <p>Эффективные механизмы покупки фармацевтических препаратов.</p>	
Повышение экономической эффективности и качества оказания населению медицинской помощи.	<p>Структурная реорганизация стационарного сектора.</p> <p>Повышение статуса сектора первичной медико-санитарной помощи.</p> <p>Оптимизация состава и структуры медицинского персонала.</p> <p>Внедрение перспективных и подушевых методов оплаты медицинской помощи.</p> <p>Анализ результатов медицинской помощи, синтез и распространение научных данных о медицинской помощи.</p> <p>Выработка клинических рекомендаций (руководств, клинических протоколов).</p> <p>Введение клинического аудита.</p> <p>Использование структурных критериев качества и аккредитация медицинских учреждений.</p> <p>Оценка медицинских технологий и внедрение клинических методов, основанных на документированных данных о результатах лечения.</p> <p>Внедрение стандартов и нормативов оказания медицинской помощи.</p> <p>Разработка и исполнение программ непрерывного повышения качества медицинской помощи.</p>	<p>Считаются многообещаю механизмами предоставлен населению экономически эффективной адекватной медицинской помощи</p> <p>Аккредитации особенно важ при создании комплекса частных и государственных служб здравоохране для обеспечеи соответствия медицинских учреждений согласованны минимальным уровням качес</p>

В некоторых странах (например, в США), под влиянием ориентированной на рынок концепции медицинское обслуживание во все возрастающей степени рассматривается как товар, который можно покупать и продавать на открытом рынке. В этом случае основным поставщиком этого товара является частный сектор. Однако концепция, делающая акцент на эффективность, которую рыночные стимулы могут принести в систему предоставления медицинских услуг, а также на тот вклад, который, как считается, эти стимулы вносят в сдерживание будущего роста расходов на здравоохранение, не принята ни в одной европейской стране.

Следует отметить, что и в первом случае на практике в различных секторах здравоохранения используются механизмы рыночного характера, такие, например, как выбор пациента, договоры, открытые торги, а также стимулы, основанные на принципах конкуренции. Государственное регулирование в системе здравоохранения включает помимо традиционных командно-контрольных мер, новые механизмы, ориентированные на рынок, основанные на использовании соответствующих стимулов.

Использование рыночных механизмов может быть успешным только тогда, когда это основывается на тщательном мониторинге и оценке результатов, а также на четких нормах и стандартах, разработанных для участников рынка.

С точки зрения централизации и децентрализации можно отметить наличие двух тенденций.

В странах, где роль государства в секторе здравоохранения была ведущей, наблюдается децентрализация некоторых государственных функций и делегирование их региональным и муниципальным органам власти. Отдельные функции передаются частному сектору. В странах, где государственные органы играют в здравоохранении менее значительную роль, в ряде секторов системы здравоохранения число централизованно регулируемых мер возрастает.

Это означает, что страны стремятся достигнуть некоторого рационального уровня централизации (децентрализации), позволяющего обеспечить максимальную экономическую и социальную эффективность всех звеньев системы здравоохранения.

Несмотря на то, что децентрализация считается эффективным способом улучшения медицинского обслуживания, обеспечения более оптимального распределения ресурсов с учетом потребностей, вовлечения населения в процесс определения приоритетов, а также уменьшения различий в состоянии здоровья населения, излишняя децентрализация влечет за собой дробление служб, ослабление центра органов управления здравоохранением, неравенство в потреблении медицинской помощи, политически манипуляции в пользу определенных заинтересованных групп. По крайней мере, опыт многих стран свидетельствует о том, что имеются такие области, в которых функции принятия решений не следует децентрализовать. К ним, например, относят:

разработку и введение основополагающих принципов политики в области здравоохранения;

принятие стратегических решений относительно развития людских ресурсов;

меры регулирования, касающиеся обеспечения безопасности населения;

мониторинг, оценка и анализ состояния здоровья населения, а также функционирования служб здравоохранения.

В качестве рыночного механизма регулирования рынка медицинских услуг в западных странах часто используется предоставление пациентам права выбирать своих врачей общей практики, врачей специалистов, больницы и/или своего больничного врача, страховщика. Однако не существует однозначного мнения относительно того, должен ли пациент иметь право обращаться непосредственно к врачу-специалисту, или же функцию направления пациентов к врачам-специалистам должны выполнять врачи общей практики.

В системах медицинского страхования для введения рыночных механизмов обычно осуществляется разделение функций: производителя медицинских услуг и финансирования медицинских учреждений. Функции финансирования обычно возлагаются на страховые медицинские организации (СМО). Предоставление права выбора СМО и производителей медицинских услуг рассматривается как механизм создания условий для конкуренции. В Англии и Германии внедряется модель управляемой медицинской помощи, соответствующая современным представлениям о ее эффективности, в которой функции покупки медицинских услуг выполняют органы управления здравоохранением. Аналогичные эксперименты начаты в Польше.

Усиление роли охраны общественного здоровья при проведении нынешних реформ является важным направлением деятельности правительств многих стран. В широком смысле в это понятие включают укрепление здоровья и предупреждение болезней путем организованных усилий общества.

Сегодня уже общепризнанным фактом является то, что ключевые факторы, определяющие состояние здоровья, находятся вне сектора здравоохранения и что особую роль играют социальные и экономические условия. Например, политика в таких областях, как образование, финансы, транспорт и сельское хозяйство оказывают зачастую гораздо большее воздействие на состояние здоровья населения, чем политика сектора здравоохранения. В рамках национальных программ проводится пять направлений деятельности по достижению здоровья для всех:

разработка здоровой общественной политики;

создание благоприятной окружающей среды;

усиление общественной активности;

развитие личных умений и знаний;

переориентация служб здравоохранения.

В рамках последнего направления службы здравоохранения переориентируются с лечения на раннюю диагностику, предупреждение и профилактику заболеваний. Предполагается, что эти меры позволят снизить общую заболеваемость, снизить тяжесть заболеваний, уровень инвалидизации, а также уровень расходов на эти цели. Доказано, что лечение заболеваний на их ранней стадии обходится в несколько раз дешевле, лечение заболеваний средней тяжести и в десятки раз дешевле, чем лечение тяжелых и хронических заболеваний.

Важным моментом в системах здравоохранения зарубежных стран является отношение к соучастию граждан в покрытии медицинских расходов.

Частичное покрытие медицинских расходов пациентами используется в целях либо снижения спроса на медицинские услуги и сдерживания расходов, либо для привлечения дополнительных средств на поддержание медицинских служб.

В большинстве стран Западной Европы соучастию пациентов в покрытии медицинских расходов не придается большого значения как способу финансирования здравоохранения или сдерживания расходов на оплату услуг, предоставляемыми врачами и больницами, а там, где этот механизм используется, устанавливается предельный уровень выплат из личных средств. При этом ни в одной стране не используются предельные уровни объема получаемых услуг или льгот. Защита доходов населения в странах Западной Европы является одной из выраженных характеристик систем здравоохранения.

В то же время в ряде стран, применяющих модель ОМС, размер взносов устанавливается таким образом, чтобы покрыть расходы на медицинскую помощь не только работающих, но и членов их семей, т.е. действующий семейный принцип страхования. Обычно он обеспечивается участием работников в солидарном формировании фондов социального страхования вместе с работодателями. Например, в Германии и Японии страховой взнос на ОМС вносится поровну работодателями и работниками.

Следует отметить, что при проведении реформ в западных странах исключительное значение придается такой характеристике систем здравоохранения как равенство возможностей получения необходимой медицинской помощи всеми членами общества и солидарность.

Считается, что ответственная система здравоохранения должна основываться на широком использовании механизмов перераспределения средств от молодых - к пожилым, от богатых - к бедным, от здоровых - к больным. Поэтому внедрение тех или иных механизмов регулирования здравоохранения соотносится с влиянием на обеспечение всеобщей доступности к получению медицинской помощи.

Понятие «солидарность» стало синонимом понятия «сведение воедино всех видов риска», и оно относится к любым мерам, с помощью которых медицинские расходы не покрываются самими пациентами, а люди, остающиеся здоровыми в данный период времени, оказывают финансовую поддержку заболевшим людям, пользующимся услугами служб здравоохранения. Солидарность означает, что финансовые взносы отдельных лиц, как минимум не зависят от состояния их здоровья, а определяются его платежеспособностью. Однако медицинская помощь предоставляется не в соответствии с платежеспособностью, а в соответствии с испытываемой в ней потребностью.

Многообещающим механизмом сдерживания расходов на оказание медицинской помощи в зарубежных странах в последнее десятилетие является переход от финансирования за оказанные услуги к финансированию на основе подушевых нормативов.

При подушечном финансировании производитель медицинских услуг получает фиксированную оплату в зависимости от обеспечения помощи «при необходимости».

При фиксированном финансировании поставщика на основе подушевого норматива экономическим стимулом является снижение себестоимости (при сохранении качества помощи) и удовлетворение пациента. Считается, что этот механизм побуждает учреждения здравоохранения делать все для того, чтобы здоровье застрахованного населения было в порядке, а когда помощь все же необходима, оказать ее своевременно необходимым объемом и в наименее дорогостоящих подходящих учреждениях. Считается, что этот механизм разворачивает логику в здравоохранении с лечения болезней на поддержание здоровья. При системе подушевой оплаты финансовое благосостояние поставщиков медицинских услуг напрямую зависит от здоровья взятого на учет населения. Поэтому организации здравоохранения имеют все стимулы, в том числе и финансовый, для вложения капитала в образование пациента, раннее обнаружение заболевания и другие профилактические меры. Стимулом для расходов ресурсов на профилактику становится скорее призванность учреждения, нежели его финансовые цели. Как следствие, на практике большинство организаций вкладывают средства в поддержание благополучного состояния здоровья пациентов.

Отмечается, что подготовка к подушевой оплате должна включать:

интеграцию услуг;

развитие компетентности в составлении контрактов в интегрированных системах;

усовершенствование информационных систем;

введение критериев оценки работы;

усиление профилактических услуг;

создание управленческого стимула для эффективности;

оценку капиталовложений.

При подушевой оплате медицинские организации должны интегрировать и координировать различные у требуемые пациентам, и должны выставить в ряд все стимулы правильного использования ресурсов все поставщиками услуг с тем, чтобы успешно нести финансовый риск.

Медицинское страхование в странах Западной Европы, США, Великобритании и Японии

Несомненный интерес представляет изучение опыта, накопленного в развитых странах Западной Европы США в области медицинского страхования (МС). Некоторые общие соображения по проблемам медицинского страхования в странах Западной Европы представлены Дж.Л.Робертсом [40]. Рассматриваются 3 классификации варианта страхования – государственное, правительственное, добровольное (частное) и программы, которые осуществляют работодатели. Автор склонен рассматривать системы медицинского страхования в Европе децентрализованные и обеспечивающие финансирование медицинской помощи больным за счет текущих взносов работников, работодателей и правительства. К числу недостатков медицинского страхования Дж.Робертс склонен отнести отсутствие профилактических мероприятий и многих немедицинских вмешательств, которые тем не менее имеют принципиально важное значение для здоровья населения. Оценивая эффективность использования средств, поступающих на медицинское страхование, он указывает на большие и подчас необоснованные административные расходы, расходы на рекламу и возможность коррупции. Равным образом, проблема социальной солидарности при групповом страховании (богатые и бедные, здоровые за больных) далеко не всегда достигают своей цели и, по его мнению, нуждаются в совершенствовании. По данным В.А.Миняева и соавт. [28], страховая система здравоохранения создана успешно работает во многих странах мира, охватывая практически все основные категории населения. И страхование выделяются, как правило, средства из 3 источников: субсидии государства, целевые взносы работодателей и взносы самих работников. Распределение источников дохода на здравоохранение и, соответственно, на медицинское страхование представлено в таблице.

Как явствует из таблицы, неизменными участниками взносов являются: государство, работодатели и трудящиеся, однако соотношение их вкладов весьма различно. Так, Дания и Франция преимущественно финансируют МС за счет государства, тогда как Италия получает основные средства в фонд страхования работодателей. В остальных странах наблюдается сбалансированное распределение доходов, поступающих на здравоохранение. В большинстве развитых стран системы медицинского страхования охватывают от 100% населения, т. е. практически всех лиц наемного труда и их иждивенцев, пенсионеров, студентов, и предпринимателей и т. д. Страховые фонды формируются на целевой основе и рассчитаны на определенную группу лиц, принимающих в них участие. Размер целевого взноса на программу страхования здоровья при одинаковом (Франция – 16%, Италия – 13%, Нидерланды – 9%, Япония – 7%). Объем медицинских услуг не зависит от суммы взноса, которая определяется не только уровнем дохода, но и заработком страховщика. В результате в описанной выше страховой системе действует принцип общественной солидарности, где более здоровый платит за больного и более богатый за бедного и т. д.

Соотношение источников дохода в разных странах (в %) на медицинское страхование [28]

Страна	Источники дохода		
	государство	работодатели	трудящиеся
Италия	7,3	83,3	9,4
Бельгия	31,4	79,5	19,1
Финляндия	44,0	49,0	7,0
Германия	19,0	42,7	38,3
Нидерланды	6,3	42,5	51,2
Дания	80,0	11,0	9,0

Швейцария	21,2	0,02	78,7
Франция	81,0	12,5	6,5

Изложенная система далеко не исчерпывает возможные варианты медицинского страхования в ряде стран мира. Так частнопредпринимательская деятельность предусматривает платную систему медицинской помощи, в которой врач занимается не только медицинской практикой, но и бизнесом. При этом врачу принадлежит кабинет, все медицинское оснащение и оборудование, инструменты и т. д. Таким образом, не является наемным работником, обладает определенной автономией, его творческие мотивы и профессиональные обязательства дополняются экономическими стимулами. На этой основе получила развитие система «групповой практики», когда прием больных ведет группа врачей разных специальностей, которая покупает дорогое диагностическое оборудование, нанимает сестринский персонал и т. д. В свою очередь, население через страховые компании, которые объединяют частнопрактикующих врачей, покупает полисы частного медицинского страхования (примерно 10% чистого дохода семьи). Естественно, что об уровне качества медицинской помощи определяются денежными возможностями самого гражданина, так как он платит за себя; именно в этом и состоит отличие частного страхования от социального, где действует принцип общественной солидарности.

Страховая медицина в США заметно отличается от стран Западной Европы. В США Конституция не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью всех граждан, за исключением отдельных групп населения; равным образом, не существует единой национальной системы медицинского страхования. Вместе с тем, на здравоохранение США тратят примерно в 2 раза больше средств, чем западноевропейские страны. По имеющимся данным, в США 75% работающих населения страхуется с работодателями. Государственные программы медицинского страхования охватывают престарелых, инвалидов и некоторые группы бедных. Среди населения 74% имеет частную медицинскую страховку (в числе 61% имеют коллективную страховку через своих работодателей, 13% покупают индивидуальную страховку). Государственную страховку имеет 27% населения, в том числе 13% страхует «Медикэр», 10% «Медикейд» и 4% страхуется из фондов ветеранов армии.

Государственные программы медицинского страхования «Медикэр» и «Медикейд» отличаются друг от друга по поставленным перед ними задачам, «Медикэр» обеспечивает медицинской помощью престарелых и потерявших трудоспособность лиц, достигших 65 лет, получающих пособие по социальному обеспечению имеющих стаж работы от 5 до 10 лет. Эта же страховая компания охватывает контингент лиц моложе 65 лет, которые в течение 2 лет получали пособие по нетрудоспособности, и лиц, которые определенный период времени работали в правительственных учреждениях. Одновременно лица старше 65 лет, не имеющие на систему «Медикейд», могут купить эту страховку, выплачивая за нее ежемесячно небольшие суммы. Программа «Медикейд» направлена на страховое обеспечение медицинскими услугами семей с низким уровнем дохода. На участие в программе имеют право бедные граждане пожилого возраста, нетрудоспособные граждане (в том числе и слепые, беременные или имеющие детей). Ограничения, заложенные в программе, приводят к тому, что около 60% населения, живущего ниже официального уровня бедности, программой не охвачены. Нельзя не отметить, что 14% населения США не имеют вообще никакой страховки. Лица, не имеющие медицинского страхования, получают медицинскую помощь в государственных больницах и клиниках в рамках программ, развернутых в отдельных штатах местными властями и частными страховыми фирмами, финансирующими медицинские учреждения из фондов благотворительности. Внебольничная медицинская помощь осуществляется врачами общей практики; выбор врача свободен. 30% врачей общей практики добровольно группируются в объединения, что позволяет им приобретать дорогостоящее оборудование и оснащение. Большинство врачей общей практики широко сотрудничают с больницами, которые обеспечивают им доступ к диагностическому и лечебному оборудованию и оснащению. Безусловно, многовариантность возможностей медицинского страхования в США заслуживает внимания и изучения.

На совершенно иных принципах основана медицинская помощь населению Великобритании, в основе которой лежит государственная система здравоохранения [28]. Бюджет службы здравоохранения формируется из общих налоговых поступлений и покрывает 87% расходов на медицинскую помощь населению. В общей структуре национального бюджета здравоохранение составляет 9,8% (в США 11–13%). Добровольным (частным) медицинским страхованием занимаются страховые компании, основной деятельностью которых является страхование рисков, не входящих в систему национального государственного страхования. Одновременно страховые компании оплачивают определенное число (3–4%) коек в государственных больницах, а также ряд дополнительных сервисных услуг в зависимости от ранга (класса) больницы. Страховые компании предлагают свои услуги одиноким, семейным парам, семьям с детьми и другими иждивенцами. Лица старше 65 лет страхованию не подлежат, однако если страховое соглашение было заключено до указанного выше возраста, то оно сохраняется и на последующие годы жизни застрахованного лица. Ставки страховки пересматриваются один раз в год.

В службе общественного здравоохранения Великобритании выделяются 3 направления: 1) общественное здоровье; 2) общей практики; 3) госпитальной практики. Работа общественного здоровья осуществляется только с помощью среднего медицинского персонала (акушерки, медицинские и патронажные сестры, социальные работники) и обеспечивает уход за больными, профилактические мероприятия, выполнение назначений врача. К службе общей практики (внебольничной) относится амбулаторное обслуживание больных (в том числе стоматологами, офтальмологами и фармацевтами). Врач общей практики получает оплату за каж-

больного, которого он принимает, за работу в ночное и неурочное время, в отдаленных районах и сельских местностях.

В госпитальной службе, работающей по участковому принципу, заняты врачи узкого профиля, которые в амбулаторный прием и осуществляют помощь стационарным больным. Нельзя не отметить, что в Великобритании 95% больниц принадлежит государству.

Во Франции государственное социальное страхование было введено в 1946 г. и взяло на себя ответственность за обеспечение бесплатной медицинской помощи 81% трудящихся; взнос работодателей составляет 12,5% и 6,5% оплачивают трудящиеся. В свою очередь, в государственной системе существуют градации; так, общая система социального страхования включает в себя работающих по найму в промышленности, торговле, государственных служащих, студентов, инвалидов войны, вдов и сирот войны. Описанная выше система охватывает 67% населения страны; 18% населения (работающие по найму в сельском хозяйстве) страхуется вне общей системы социального страхования, но примыкает к ней. В "особые" системы (5% населения) выделены шахтеры, железнодорожники, моряки торгового флота, кад военные (своего рода ведомственное страхование). Две системы (8% населения) обеспечивают страхование крестьян-собственников, а также торговцев, ремесленников и людей свободных профессий. По расчетам страховых компаний около 20,0% стоимости лечения оплачивает сам больной. Необходимо особо подчеркнуть, что выделена группа заболеваний (проказа, злокачественные опухоли, полиомиелит, диабет ребенка, психические болезни – всего 20 классов болезней), в оплате лечения которых больной не участвует: все расходы берет на себя государство ввиду продолжительности заболевания и дорогостоящего лечения. Система страхования предусматривает оплату лечебной помощи непосредственно самим больным после завершения лечения и только затем страховая организация оплачивает больному свою долю расходов, причем период расчетов может затянуться ввиду отсутствия или недостатка средств у компании. Во Франции именно это обстоятельство приводит к тому, что население Франции (около 60%) страхуется в частных страховых компаниях, что позволяет своевременно оплачивать счета за лечение и затем ожидать компенсации оплаты со стороны государственной страховой компании.

Внебольничная помощь во Франции осуществляется частнопрактикующим врачом, заключившим договор с органами социального страхования или поликлиническими отделениями (кабинетами) при общественных больницах общего типа и/или многопрофильными центрами здоровья. К этой же системе относятся государственные диспансеры (венерологические, противотуберкулезные, противораковые, психоневрологические), имеющие соглашение с органами социального страхования. В частных больницах развернуто до 30% коечного фонда (23% специализированных коек и 34% коек общего профиля).

Несомненных успехов добилась Япония в улучшении показателей здоровья населения за последние годы [26]. Страховая медицина в Японии начала формироваться в 1927 г. и в 1961 г. было введено страхование здоровья населения в общенациональном масштабе. Национальная система страхования здоровья построена по территориальному принципу и охватывает мелких собственников, членов их семей, инвалидов и неработающих лиц. Бесплатная помощь этому контингенту на 70-90% оплачивается государством. Лекарственные препараты, услуги частной медицинской сестры, пребывание в отдельной палате оплачивает сам пациент. Строгий контроль за стоимостью лечения осуществляет специально созданная система врачебных консультантов, органы социального обеспечения и министерство здравоохранения. Система страхования наемного труда охватывает свыше 60 млн. граждан Японии, причем внутри системы принято страхование профессиональному признаку. Средства на страховку отчисляют предприятия, государство и сами застрахованные. Пособие по временной нетрудоспособности выплачивают с 4-го дня заболевания в сумме 60% от заработка. Предусмотрена социальная забота о стариках, при рождении ребенка, похоронах, при социально-значимых заболеваниях. Общественная система охраны здоровья включает в себя общественную гигиену, социальное обеспечение, медицинское страхование, медицинское обслуживание некоторых групп населения. В среднем Япония тратит 6,6% ВВП на здравоохранение.

Разумеется, в каждой стране существуют определенные отличия в подходе к страхованию здоровья. Однако общие принципы и составляющие системы медицинского страхования (государство, работодатели, трудящиеся) являются основополагающими. Они обеспечивают достаточно высокий процент ВВП, который отчисляется на здравоохранение и необходимый уровень его реализации.

Некоторые аспекты реформы системы здравоохранения в Австрии, Германии и Швейцарии

Историческое развитие структуры систем здравоохранения в Австрии, Германии и Швейцарии было различным. В то время как Австрия и Германия проголосовали за модель общественного медицинского страхования, предложенную Бисмарком, Швейцария приняла добровольную систему медицинского страхования. До самого последнего времени во всех этих странах различные проблемы, с которыми сталкивался сектор здравоохранения, решались постепенно, и этот подход в конце концов оказался неэффективным с точки зрения сдерживания стоимости и улучшения эффективности и отдачи. В 90-х гг. во всех трех странах были проведены фундаментальные реформы системы здравоохранения. Германия и Швейцария избрали путь отказа от регулирования системы медицинского страхования, что способствовало усилению конкуренции между страховыми компаниями и, в некоторой степени, между поставщиками медицинских услуг. Именно это можно считать основной частью реформы в этих странах. В то же время Австрия предпочитает решать проблемы путем ориентирования на государство и прямого вмешательства

Долгосрочное социальное страхование в Германии: схема, практическое применение и оценка

Проблемы, связанные со старением населения, привлекают внимание политиков во всех индустриальных развитых странах. Среди многочисленных аспектов этих проблем особое место занимают вопросы, связанные с бедностью в связи с потерей трудоспособности, а также с прогнозируемым ростом общественных затрат на долгосрочный уход. Сравнительные исследования выявили различие подходов долгосрочному уходу в разных странах при одинаковом интересе к схеме рыночно-ориентированной пол страхования и сдерживания затрат. В Германии недавно вступило в силу законодательство об обязательном и универсальном страховании в зависимости от ухода. Акт о Страховании Зависимости от 1994 г. способствовал решению проблемы ограниченного рынка страхования от финансового риска при длительном уходе, недостатков обслуживания людей, зависящих от долгосрочного ухода и финансового кризиса немощных, призванных обеспечить социальное страхование все возрастающему числу клиентов, лишены ухода. Новая схема общественного долгосрочного страхования основана на главных принципах уже существующих в Германии систем социального страхования и в то же время обогащает систему социального страхования страны стратегиями сдерживания стоимости и предоставления услуг, ориентированных на потребителя. Результаты трехлетнего действия свидетельствуют о технической и финансовой надежности новой программы. Однако критики указывают на слишком строгие критерии отбора, постоянное уменьшение числа формально предоставляемых услуг и возможность мошенничества. Критике подвергаются также этические аспекты системы, качество ухода и его направленность.

Медицинское страхование в Голландии

В Голландии большинство населения охвачено обязательным медицинским страхованием (ОМС) через больничные фонды. Финансирование медицинской помощи в основном лежит на учреждениях медицинского страхования (больничные фонды) и частных страховых компаниях. Больничные фонды заключают договоры с врачами общей практики на подушевой основе или с врачами-специалистами на основе оплаты за услуги.

Согласно Закону о больничном фонде 1964 г., более 60% населения — государственные служащие, пенсионеры, рабочие, иждивенцы и члены их семей с доходом ниже ежегодно устанавливаемого уровня подлежат ОМС. До 1992 г. каждый больничный фонд был обязан заключать контракт на медицинскую помощь на своей территории. Единые условия такого контракта оговариваются на национальном уровне и одобряются Советом по медицинскому страхованию (государственный орган, контролирующий деятельность больничных фондов).

Размер страховых взносов определяется правительством каждый год. Это единый процент от дохода, не зависящий от размера семьи. До реформы здравоохранения 1989 г. страховые взносы выплачивались работодателями (в случае безработицы или нетрудоспособности фондами социального страхования) и работниками на паритетных началах. Все взносы сосредотачивались в Общем национальном фонде, который управляет Советом по медицинскому страхованию. Территориальные больничные фонды получали из Общего фонда полную компенсацию за медицинскую помощь застрахованным.

В Голландии хорошо развито частное медицинское страхование. Оно охватывает около 1/3 населения, в числе работников с высоким доходом, предпринимателей и государственных служащих.

Большинство частных страховых компаний входят в профессиональную ассоциацию, которая ведет переговоры о предоставлении медицинской помощи. В 1972 г. частные страховщики и врачи общей практики заключили соглашение о единых гонорарах за услуги. С тех пор частные гонорары отделяются от планового дохода, получаемого из больничных фондов. Частные страховые компании самостоятельно устанавливают размер страховых взносов, определяют контингенты застрахованных и условия страхования, за исключением пенсионеров и групп высокого риска в отношении тех или иных заболеваний, которые обслуживает утвержденный правительством союз частного медицинского страхования. Программы частного медицинского страхования включают стационарную и амбулаторную специализированную помощь, а также парамедицинское лечение.

По Закону 1967 г. о расходах на дорогостоящие виды медицинских услуг было введено страхование долгосрочной стационарной помощи. В 80-е годы ОМС было распространено и на такие медицинские услуги как амбулаторная психиатрическая помощь, помощь по уходу на дому. Объем услуг, оказываемых в рамках системы ОМС, постепенно расширялся. Доля государственного страхования в финансировании здравоохранения возросла в 1992 г. с 20 до 40%, и возникла потребность в единой государственной программе медицинского страхования,

Большинство врачей и больниц работают в условиях регулируемого рынка, когда цены на услуги устанавливаются государством на основании заключенных соглашений.

Важной чертой голландской системы медицинской помощи является четко установленное различие между врачами общей практики и врачами-специалистами. Страховщики возмещают расходы на услуги, оказанные пациенту врачом общей практики. Практика одного врача является преобладающей, хотя в последнее время значительно увеличилась и доля групповой практики.

Более 90% врачей общей практики входят в Национальную ассоциацию врачей общей практики, которая представляет их интересы на переговорах с ассоциацией больничных фондов, касающихся выплаты унифицированных подушевых нормативов. Подушевые нормативы рассчитываются так, что врачи общей практики со стандартным числом пациентов получают доход, сопоставимый с зарплатой высокооплачиваемых правительственных чиновников.

Вступление в рынок врачей общей практики жестко ограничено. Чтобы заняться частной практикой, необходимо преодолеть два "барьера". Первый — обучение в медицинской школе, число учащихся в которой регулирует правительство. Второй "барьер" — это трехлетняя программа обучения и практики, дающая выпускнику медицинской школы право на регистрацию в качестве врача общей практики. Количество обучающихся определяется профессиональными организациями, и в этом случае решающий голос — правительства. Чтобы зарегистрироваться в качестве специалиста, выпускники медицинской школы должны около 5 лет проработать интернами. Критерии для регистрации специалиста устанавливаются в зависимости от его профессии и определяются различными ассоциациями специалистов. Принятые в ассоциацию обязательно подписывают контракт с соответствующей больницей. Новый член ассоциации вносит вступительный эквивалентный среднему годовому доходу такого специалиста. Правительство косвенным образом может влиять на появление на рынке нового специалиста, сокращая численность врачей в лечебных учреждениях.

Голландские врачи-специалисты практикуют в основном в больницах, часть из них занимается частной индивидуальной или групповой практикой. Больничные фонды и частые страховщики компенсируют застрахованным оплату услуг частнопрактикующих врачей. Частные гонорары в среднем в 2 раза выше, чем гонорары, выплачиваемые больничными фондами.

Стационарную помощь оказывают клинические, районные, специализированные больницы (родильные, детские, глазные, онкологические клиники и т.д.). Клинические больницы являются государственными. Амбулаторные клиники "привязаны" к больницам. В начале 90-х годов появились частные амбулаторные клиники. Районные больницы, за исключением небольшой части муниципальных, не зависят от государства и принадлежат частным некоммерческим организациям. Больницы не свободны в своей финансовой политике из-за жесткого государственного регулирования тарифов на их услуги. В состав цен на медицинские услуги включаются капитальные расходы и эксплуатационные затраты, которые ежегодно компенсируются из государственного бюджета. Строительство новых больниц также находится в ведении правительства.

Реформа здравоохранения 1989 г. была вызвана следующими причинами. Во-первых, были разочаровывающими результаты детального государственного регулирования цен на медицинские услуги, во-вторых, из-за фрагментарного фиксирования медицинской помощи выбор лечения часто зависел от источника оплаты и не был экономически оправдан. В-третьих, как у больничных фондов, так и у врачей отсутствовали стимулы к эффективному предоставлению медицинской помощи. В-четвертых, возростала дифференциация страховых взносов, что влияло на доступность медицинской помощи в секторе частного страхования.

Ключевым моментом реформы стало распространение ОМС на всех граждан и введение регулируемой конкуренции среди врачей и страховщиков. Пакет основных услуг ОМС включает около 95% всех медицинских расходов. Примерно 85% расходов на услуги по ОМС полностью оплачиваются за счет страховых взносов, которые собирает Общий национальный фонд. Вместо подушевого норматива страховщики получают из фонда страховой взнос за застрахованного. Часть расходов на основной пакет услуг по ОМС выплачивается сам застрахованный непосредственно страховщику по ставке страховых взносов.

Основной задачей Общего национального фонда является обеспечение одинаковой доступности и эффективности медицинской помощи. Доступность медицинских услуг достигается благодаря тому, что размер страховых взносов зависит от дохода, а не от возраста и состояния здоровья граждан. Это позволяет осуществлять перекрестные субсидии, т.е. перераспределять средства от групп с высоким доходом к группам с низким доходом. Выплаты страховщикам из Общего национального фонда позволяют снижать их риск, создавая стимулы для повышения эффективности медицинской помощи. Результатом реформы стало то, что все услуги в системе ОМС оказываются по принципу: застрахованные имеют право не на "помощь в реабилитационном центре", а на "реабилитационные услуги", оплата которых определяется контрактами, позволяющими расширить взаимозаменяемость медицинских учреждений. Ожидается, что страховщики, действующие от имени застрахованных, будут тщательно оценивать информацию о клиниках, предоставляющих медицинскую помощь, и останавливать свой выбор на наиболее эффективно работающих.

Особенностью реформы в Голландии является то, что она направлена в первую очередь на реформирование рынка медицинского страхования. Во всех странах такая реформа служила развитию конкуренции среди тех, кто предоставляет медицинские услуги. Предполагается, что в Голландии покупатели медицинских услуг (страховые компании или региональные органы здравоохранения) должны заключать контракты с конкурирующими между собой больницами или врачами.

Возникла дискуссия относительно того, нужно ли вовлекать в конкуренцию страховые компании или же необходимо сохранить их региональную монополию. Основным аргументом в пользу региональной монополии является то, что страховщики вроде бы должны прилагать максимальные усилия для получения лучшей медицинской помощи по минимальной цене, особенно, если на рынке медицинских услуг идет сильная конкуренция. Другим аргументом заключается в том, что при региональной монополии страховщиков их затраты на ведение дел

ниже, чем на конкурентном рынке, поскольку сторона, предоставляющая медицинскую помощь, будет заключать контракты только с одним плательщиком. Наконец, единственный плательщик обеспечит преемственность и скоординированность медицинской помощи на местном уровне, что важно с точки зрения общественного здравоохранения. Однако при сохранении региональной монополии страховых компаний все же отсутствуют стимулы быть "бережливым покупателем медицинских услуг". Необходимо создавать стимулы, а также систему контроля, чтобы покупатель медицинских услуг действовал в интересах общества.

Медицинское страхование и использование медицинских услуг в Ирландии

Число людей, покупающих полисы частного медицинского страхования в Ирландии, продолжает расти, несмотря на расширение общественной системы здравоохранения. В настоящее время застраховано около 40% населения, хотя все эти люди имеют право пользоваться услугами государственных больниц. В статье подробно исследуется рост страхового покрытия и факторы, лежащие в основе спроса на страховые услуги. Результаты опросов свидетельствуют о значении опасений в отношении длительных сроков ожидания в государственных клиниках, а также в отношении качества предоставляемых ими услуг. Индивидуальные характеристики (уровень образования, возраст, пол, семейное положение, состав семьи и уровень дохода) также влияют на вероятность покупки полиса частного страхования. Исследуется также связь между страхованием и использованием стационарных медицинских услуг. Положительный эффект частного страхования представляется меньшим, чем эффект от всеобъемлющего бесплатного государственного медицинского обслуживания, хотя последнее более затратно и может лишь частично отражать уровень здоровья общества.

Реформирование израильской системы здравоохранения

Израиль, как многие другие европейские страны, недавно провел реформу своей системы здравоохранения. Регулируемый рынок, созданный на основании закона о Национальном медицинском страховании, воплотил в себе многие принципы управляемой конкуренции. Цель данной статьи состоит в представлении предварительных результатов исследования первых трех лет реформы (1995-1997) с точки зрения ее осуществления и степени реализации ее основных задач. Оценка проводилась с использованием многих количественных и качественных методов исследования: интервью с основными носителями информации, анализа тенденций развития членства в фондах оплаты нетрудоспособности; обследования населения в 1995 и 1997 годах для оценки влияния реформы на уровень услуг, предоставляемых населению. Полученные данные показывают, что принятие закона о Национальном медицинском страховании способствовало решению многих поставленных задач: обеспечению страхового покрытия всему населению, обеспечению свободы перехода из одного фонда оплаты нетрудоспособности в другой, стандартизации путей выделения средств этим фондам. Стимулы, заложенные в законе, способствовали тому, что фонды оплаты нетрудоспособности улучшили уровень услуг, предоставляемых среднему застрахованному, а также стали развивать услуги на периферии и оказывать их некоторым менее защищенным слоям населения. С точки зрения финансовой перспективы, опасения относительно того, что принятие закона о Национальном медицинском страховании приведет к росту затрат на здравоохранение, к 1997 г. не подтвердились. Стороной закона оказалось снижение расходов на одного застрахованного в зависимости от возраста в 11 фондах, однако данных о снижении уровня услуг или неудовлетворенности предоставляемыми услугами застрахованных, по меньшей мере, к 1997 г., не поступило. Тем не менее, израильский опыт показывает, что регулирование конкуренции не обязательно приводит к экономической стабильности и равенству. Регулирование конкуренции также не может решить ряд важнейших проблем израильского здравоохранения, включая проблему уровня финансирования, проблему организационной структуры больницы системы, проблему планирования занятости и проблему государственного участия в работе системы. Для решения проблем потребуются дополнительные изменения в политике здравоохранения. Имеющаяся информация очень ценна, т.к. помогает политикам проследить за ходом и результатами реформирования, а также выявить проблемы, подлежащие решению в будущем.

Система медицинского страхования в Канаде и проекты ее реформирования

Система сберегательных счетов медицинского страхования (MSAs - Medical savings accounts) ведет, как показывает опыт американских фирм, к экономии затрат на медицинское обслуживание не нанося ущерб здоровью индивидов. Там, где она используется, снижаются расходы как у работодателя, так и работники накапливаются сбережения. Согласно опубликованным в США эмпирическим данным, система MSAs или сходная с ней позволяет сократить до 20% затраты на медицинское обслуживание.

Реформы здравоохранения в Канаде имеют двоякую направленность, воздействуя на поведение медицинского персонала и пациентов

Система медицинского страхования основана на сберегательных счетах, которые формируются из отчислений работодателей

Если средства сберегательного счета исчерпаны, работники оплачивают медицинские услуги из собственного кармана

Все средства, находящиеся на сберегательных счетах, принадлежат работнику, включая оставшиеся по завершения расчетного периода

Можно предположить, что расчеты на базе канадских данных показали бы еще большее сокращение, поскольку американцы уже ощутили влияние этого фактора снижения затрат, тогда как большая часть канадцев с такими стимулами еще не сталкивалась.

Оппоненты системы отмечают, что из-за неосведомленности относительно своих возможностей потребители платных медицинских услуг несвоевременно обращаются к врачам или отказываются от действенной профилактической помощи. А это впоследствии может увеличить медицинские расходы (например, если болезнь прогрессирует или запущена).

Также часто выдвигается аргумент, что в результате той же неосведомленности пациентов врачи искусственно стимулируют спрос на свои услуги.

По этим причинам, считают оппоненты, государственное финансирование здравоохранения и регулирование рынка медицинских услуг оправданны и необходимы.

Исследования, однако, показывают, что в целом система MSAs сокращает объем медицинской помощи, нанося вреда здоровью людей или оказывая на него незначительное отрицательное воздействие, а при спросе, спровоцированного со стороны медицинского персонала, вряд ли имеет существенное значение

Канадские органы государственной власти вполне могут гарантировать страхование граждан от несчастных случаев и обеспечить дополнительные вложения в MSAs. Размеры государственного участия могут колебаться от частичного до полного покрытия страховых взносов в зависимости от состояния здоровья, возраста и уровня доходов человека. В первую очередь использовались бы средства, имеющиеся на МС (которые и идут только на эти цели). В конце года любая сумма, остающаяся на личном MSAs, может быть снята, переведена на отдельный счет для будущих расходов на медицинское обслуживание либо пролонгирована путем использования в накопительной схеме пенсионного обеспечения.

Последние два варианта дают возможность капитализации средств рынка медицинских услуг. Инвестированные сегодня, они приносят проценты и в будущем могут пойти на оплату более дорогих услуг, необходимых для большинства людей старшего возраста.

Система MSAs коренным образом отличается от существующей, при которой налоговые отчисления направлены на оплату сегодняшних услуг, и поскольку фонды здравоохранения используются немедленно, они не могут быть инвестированы и не прирастают.

Медицинские сберегательные счета стимулируют более эффективное функционирование здравоохранения, иницируют конкуренцию на рынке медицинских услуг, не создавая финансовых барьеров для пользования MSAs, заставляют людей активнее участвовать в процессе потребления медицинских услуг и заботиться о своем здоровье в целом.

Многообещающей в условиях Канады является возможность оплачивать медицинские услуги за счет средств, которые граждане могут сэкономить, так как любые суммы, остающиеся на MSAs на конец года, остаются собственностью. В результате MSAs косвенно превращаются в способ распределения затрат на медицинское обслуживание между разными, частными и государственными, источниками, не нарушая идеологически принципов канадской системы здравоохранения - универсальности, доступности, мобильности и всеобъемлющего характера.

В 1999 г. проблемы, стоящие перед канадской системой здравоохранения, обострились. Имелись случаи, когда люди умирали в больничных приемных, не дожидаясь помощи. Необязательные хирургические операции отменялись. Врачи прекращали работу, протестуя против установленных правительством предоплаты их труда. Список может быть продолжен. Что происходит с системой здравоохранения, считающей одной из лучших в мире?

Когда наша "одноуровневая" система проходила этапы своего становления несколько десятилетий назад, значительную долю населения составляли молодые люди, экономика росла быстро, а технологическая революция в медицине еще не началась. Времена изменились. Население стареет, а затраты на медицинскую технологию растут. В то же время процентные платежи по государственному долгу поглощают налоговые поступления, ранее направлявшиеся на здравоохранение.

К счастью, большинство органов государственной власти осознали безрассудство расходов, не покрываемых доходами. Битва за сокращение бюджетных дефицитов привела правительства как федеральное, так и провинций, к снижению своих расходов, в том числе на здравоохранение. С 1975 по 1991 г. расходы на здравоохранение подскочили с 7,1% ВВП до 10,2%. С 1991 г. государственные расходы на здравоохранение сокращались и в настоящее время составляют около 9,5% ВВП. К сожалению, в значительной мере это

результатом таких мер экономии, как закрытие больниц, установление пределов оплаты труда врачей и затруднивших доступ пациентов к сфере медицинского обслуживания.

В целом же здравоохранение испытывает растущие трудности, и мы видим последствия этого в переполненных приемных лечебных учреждений и очередях на госпитализацию, которые не уменьшают несмотря на усилия со стороны правительств.

До настоящего времени все партии, находившиеся у власти, воздерживались вводить существенные изменения в сложившуюся систему здравоохранения. Только 43% канадцев считают, что она заслуживает хорошей оценки, а 45% полагают, что медицинские услуги стали более низкого качества, чем пять лет н

Согласно еще одному опросу, 42% канадцев не доверяют реформам, начатым рядом правительственных органов в разных частях страны; они убеждены, что реформа здравоохранения - всего лишь другое название для "снижения расходов".

Реформа системы здравоохранения

Реформы могут воздействовать на здравоохранение как со стороны предложения так и спроса. Первые направлены на изменение поведения врачей, медицинских учреждений и других поставщиков медицинских услуг, вторые - на изменение поведения пациентов.

Хотя многие меры на стороне предложения эффективны с точки зрения контроля затрат и повышения качества медицинского обслуживания, в Канаде предпочтение отдавалось нормированию. Например, если лекарственное средство не включено в рецептурный перечень данной провинции, маловероятно, что оно будет прописано, а если нет свободной больничной койки, необязательное хирургическое вмешательство будет отложено.

Подобные меры сдерживания расходов привлекают людей, определяющих политику в здравоохранении, что сами расходы не находятся на виду у пациентов: они могут не знать, что не получают лучшие лекарства или операция могла быть сделана раньше.

Однако подобного рода меры скорее всего увеличат расходы в долгосрочном плане. Например, пациент которому прописано менее действенное, хотя и дешевое, лекарство, с большей долей вероятности будет испытывать отрицательные побочные эффекты. Результатом станет повторный визит к врачу, ожидание очереди на прием, назначение другого препарата. В конечном счете это выльется в большие затраты для системы и пациента по сравнению с приобретением дорогостоящего лекарства при первом назначении.

Реформам, влияющим на предложение медицинских услуг уделялось большое внимание исследователями средств массовой информации. В то же время сторона спроса - пациенты - потребители услуг - часто игнорируется. Естественно, что по мере старения и роста доходов население будет повышать спрос на медицинское обслуживание. Чтобы обуздать его, понадобится жесткое нормирование.

Правительствам следует принять меры к исследованию спроса на медицинское обслуживание, более конкретно - дать возможность людям самим определять свои расходы на медицинское обслуживание.

MSAs и спрос на услуги здравоохранения

Альтернативой нормированию и другим мерам на стороне предложения медицинских услуг является непосредственное финансирование потенциального потребителя. В США идея возврата покупательной способности пациенту в форме MSAs была выдвинута Национальным центром политического анализа (National Center for Policy Analysis). В общем виде она состоит в том, что работодатели отчисляют фиксированный объем средств из той суммы, которую уже тратят на медицинское страхование занятых, MSAs. Затем фирма использует остаток этой суммы для менее дорогостоящего страхования от несчастных случаев.

При необходимости люди прежде всего обращаются к средствам на своих MSAs. Предположим, что возможности для этого - \$2 тыс. долл. в год. Индивид может потратить 500 долл. на массажную терапию, консультацию по вопросам питания. Если данные услуги не были включены в схему страхования, индивид потратил бы лишь часть средств MSAs, но при появлении потребности в другой услуге в течение года располагал бы все теми же 2 тыс. долл.

Самый важный аспект MSAs состоит в том, что деньги принадлежат работнику, который сам отвечает за использование.

Концепция MSAs, предложенная Национальным центром политического анализа, одобрена многими организациями, среди которых Совет по доступности медицинского страхования (Council for Affordable H

Insurance), Американская медицинская ассоциация (American Medical Association) и Исследовательский по проблемам семьи (Family Research Council). Многие организации, в том числе Американская академия актуариев (American Academy of Actuaries), Национальное бюро экономических исследований (National Bureau of Economic Research) и корпорация "Рэнд корпорэйшн" (RAND Corporation), проанализировали MSAs как средство контроля расходов в области здравоохранения.

Идея использования MSAs в Канаде выдвинута Институтом Фрэнзера в книге "Здоровые стимулы" (Макаф Рамсей и Уолкер, 1996). Авторы предложили ее адаптацию к условиям Канады, при том что роль работодателя возьмет на себя правительство.

Согласно этим предложениям, MSAs финансируется из общих налоговых поступлений, но большинство медицинских учреждений должно быть приватизировано или отдано в частное управление, счета же за обслуживание выставляются не правительству, а пациентам.

На базе MSAs может быть создан более эффективный метод универсального страхования. Средства MSAs были бы мобильными, если бы принадлежали индивиду. Такая система страхования стала бы всеохватывающей, поскольку деньги использовались бы для оплаты любых медицинских услуг по желанию индивида.

MSAs служила бы источником информирования потребителей и поставщиков медицинских услуг о затратах на их приобретение, дала бы и тем, и другим стимулы к рациональному использованию системы. MSAs позволила бы увеличить расходы на медицинское обслуживание (тем, кто может это себе позволить), что привлекло бы дополнительные ресурсы в систему. Кроме того, страхование на базе сберегательных счетов может быть организовано таким образом, что те, у кого не хватает собственных средств на медицинское обслуживание, и не должны будут это делать.

Таким образом MSAs обеспечит всем канадцам рациональный доступ к качественному медицинскому обслуживанию, независимо от материальных возможностей.

Рекомендации

Канадскую систему здравоохранения часто называют бесплатной. В действительности пациенты в месте предоставления услуг оплачивают значительную часть их стоимости. В тех случаях, когда медицинские услуги включены в планы здравоохранения на уровне провинций, пациент не участвует в их оплате: всю стоимость застрахованных услуг возмещают провинциальные правительства. Однако согласно канадскому Закону здравоохранения (Canada Health Act) гарантии бесплатного медицинского обслуживания распространяются только на застрахованные виды услуг и многие не охвачены или охвачены частично государственными планами. Например, планы здравоохранения в некоторых провинциях не включают страхование услуг физиотерапии, хиропрактики и оптометрии. Более того, в эти планы не включены и многие лекарства.

Медицинское обслуживание финансируется практически всеми канадцами через общее налогообложение: страховые взносы и оплату наличными. В среднем ежегодный вклад каждого канадца в систему здравоохранения составляет почти 2 500 долл. В 1994 г. общие расходы на здравоохранение (государственные и частные) в расчете на душу населения составили 2 478 долл. Из этой суммы примерно 700 долл. оплачены частными лицами. Источники почти трети расходов на здравоохранение - частный сектор, вклад которого превышает 22 млрд долл. расходов, не покрытых государственным медицинским страхованием.

Сегодня в соответствии с государственной реформой здравоохранения закрываются больницы, ограничивается оплата труда врачей, урезаются расходы, сокращается доступ к системе здравоохранения. Неудивительно, что почти 60% канадцев поддерживают расширение предоставления медицинского обслуживания частным сектором наряду с государственной системой здравоохранения.

И теоретически, и согласно эмпирическим данным MSAs в состоянии обуздать расходы на медицинское обслуживание, повысить эффективность канадской системы здравоохранения и расширить для канадцев спектр предоставляемых им возможностей. Как показали обследования, большинство канадцев склонно рассматривать идею сберегательного медицинского страхования как рациональную (72%), как способ выбирать услуги, соответствующие их потребностям (67%), и как средство повышения ответственности медицинских работников (55%).

Поскольку масштабы последствий введения MSAs неопределенны, было бы полезным провести пилотный эксперимент в одном из регионов Канады. Это позволило бы пролить свет на ряд проблем:

как MSAs повлияют на потребление медицинских услуг;

произойдет ли более (или менее) масштабное сокращение обязательных услуг по сравнению с необязательными;

если произойдут изменения в потреблении медицинских услуг, то как они затронут группы населения с различными доходами;

повлияют ли MSAs на использование средств профилактической медицины и состояние здоровья индив

будут ли врачи стимулировать спрос, если MSAs приведут к его сокращению.

В настоящее время вполне доступна технология, способная обеспечить переход от существующей системы медицинского страхования к MSAs. Нужна лишь компьютерная система, использующая дебетовую или кредитную карточку для контроля за состоянием счетов, что позволяло бы легко переводить средства с на счета производителей услуг.

В 1995 г. в Британской Колумбии введена компьютерная сеть Pharma Net, связывающая аптечные учреждения региона, предоставляющая фармацевтам полную информацию об использовании пациента выписанных лекарств и дающая сведения о возможностях страхования пациента.

Такая система может быть модифицирована и использована для предлагаемого пилотного эксперимента. Затраты на него могут показаться существенными, особенно в свете того, что канадская система здравоохранения известна своими низкими административными издержками, а ее расширение (благодаря MSAs) возможности выбора вариантов на рынке страхования приведет к полному или частичному дублированию услуг. Однако богатая парадоксами экономика вновь и вновь доказывает, что конкуренция между поставщиками снижает стоимость и повышает качество товаров.

Как бы ни казалось правдоподобным, что единственный поставщик более рационален и эффективен, в действительности это исключительный случай. У монополистов, как правило, ниже уровень эффективности выше затраты, менее прогрессивна технология и они хуже справляются с обслуживанием потребителей множество поставщиков. Поэтому введение MSAs дает большие потенциальные преимущества, открывая возможности для роста конкуренции в отрасли, предлагая универсальную, доступную, мобильную и всеохватывающую систему MSAs. Существенно важно, что MSAs дает право расходования средств непосредственно в руки пациента.

Система финансирования здравоохранения в США

Хорошее описание зарубежного опыта всегда заставляет задуматься над тем, почему у нас подобные механизмы "не работают". И находишь много поучительного: и то, что при практически обязательном медицинском страховании договора с ЛПУ заключают частные фирмы, а не государство. Что страховка покрывает только 80% стоимости лечения. Что есть понятие "управляемых услуг", предоставление которых стимулирует уменьшение дополнительных лечебных процедур. Как представляется, многое из описанного можно было бы попробовать применить и у нас на муниципальном уровне.

Американское здравоохранение – одна из крупнейших отраслей в стране. Расходы на охрану здоровья растут наиболее быстрыми темпами. В 1994 г. американцы истратили на здравоохранение 800 млрд долл., а в г., по некоторым прогнозам, эта сумма составит 1 трлн долл., т.е. более 15% валового внутреннего продукта. Больше американцы тратят только на питание и жилье.

Многие экономисты и другие специалисты высказывают озабоченность тем, что столь значительная часть валового внутреннего продукта расходуется на здравоохранение. Ведь если так много денег тратится на медицинские услуги, меньше остается на жилье, еду, одежду и другие жизненно важные товары и услуги. Кроме того, увеличение расходов на здравоохранение произошло преимущественно за счет правительственных программ, а не в частном секторе. Следовательно, пропорционально уменьшилась и средств, предназначенная на образование, строительство и содержание дорог и т.д. Это не создало бы больших трудностей, если бы экономика находилась в стадии подъема, но становится серьезной проблемой период спада.

Денежные потоки. Индивидуальное страхование

В США индивидуальное страхование почти полностью осуществляется через предоставление страховых пособий по месту работы. Большинство американских трудящихся кроме заработной платы получают разнообразные пособия, которые могут быть разными у работников как одной фирмы, так и разных фирм. Виды и размеры таких пособий, предоставляемых разными работодателями, могут существенно различаться.

Кроме медицинского страхования, существуют пособия работникам в случае потери ими трудоспособности (т.е. наступления инвалидности), страхование жизни (пособие получает семья, если работник умирает до определенного возраста) и пр. Страхование от болезней – это наиболее распространенный вид страхования по месту работы, однако наниматели вовсе не обязаны его предоставлять. Не все американские трудящиеся даже занятые полный рабочий день, получают такую страховку на работе. Все же наиболее крупные работодатели предоставляют этого рода страхование, и в 1990 г. им было охвачено около 75% населения.

США.

Существует много разных видов медицинского страхования, которые предлагают те или иные работодатели. До недавнего времени наиболее распространенным видом медицинской страховки было так называемое компенсационное страхование, или страхование платы за услуги. При этой форме страхования работодатель платит страховой компании так называемую страховую премию за каждого работника, обеспеченную соответствующим полисом. Затем страховая компания оплачивает чеки, представленные больницей или другим медицинским учреждением либо врачом. Таким образом оплачиваются услуги, входящие в страховой план. Обычно страховая компания покрывает 80% расходов по лечению, за остальное должен платить с пациент.

Наиболее часто применяемая альтернатива страхованию платы за услуги – это страхование так называемых управляемых услуг. Число американцев, охваченных этим видом страхования, быстро растет (более 31 чел. в 1991 г.). Существует несколько типов такой страховки. Один, известный как "кадровая модель", объединяет всех или, во всяком случае, большую часть медицинских работников, предоставляющих услуги (преимущественно врачей). Другие охватывают больницы и дома для престарелых. Так называемые сетевые ассоциации независимых практик подписывают контракты с определенными группами врачей и других медицинских работников и учреждений, включая больницы, на оказание всех услуг, предоставляемых пациентам по этому виду страхования. Обычно эти страховые организации получают некую фиксированную сумму денег – подушевой сбор, который выплачивается заранее за каждого застрахованного пациента.

Различия между двумя описанными типами страхования очень существенны. При страховании платы за услуги медикам оплачивается конкретная стоимость услуг, которые реально предоставляются нуждающимся в них пациентам. При страховании "управляемых услуг" их производители получают только установленную сумму денег на каждого застрахованного пациента, невзирая на то будут ли предоставлены пациенту дополнительные услуги сверх этой суммы или нет. Таким образом, в первом случае работники системы здравоохранения заинтересованы в привлечении пациентов и предоставлении им разнообразных услуг, как во втором – они скорее будут отговаривать пациентов от назначения им новых процедур, по крайней мере вряд ли назначат их более чем необходимо для достижения удовлетворительного самочувствия.

Медицинское страхование аналогично другим видам страхования. Страховая компания рискует, так как человек, который платит взнос, опасаясь от определенных видов риска (таких, как риск заболеть и столкнуться с необходимостью дорогостоящего лечения), может действительно заболеть и потребовать предоставления этих услуг. Человек, покупающий страховку, напротив, рискует, что ему не понадобятся услуги на уплаченную сумму. Когда большая группа людей покупает страховку у одной и той же компании медицинского учреждения, она формирует "фонд риска". Расходы на предоставление медицинских услуг, которые трудно предвидеть заранее для отдельного пациента, легче оценить для группы людей.

В течение последних 5-10 лет делались энергичные попытки охватить больше людей планами страхования "управляемых услуг", чем традиционным страхованием платы за услуги. Основная причина этого – желание снизить затраты на медицинские услуги или, по меньшей мере, замедлить рост расходов на здравоохранение. Этот рост связан со многими факторами, один из которых – быстрое увеличение доли населения старше 65 лет, а пожилые люди больше, чем молодые, нуждаются в медицинских услугах. В обществе все больше укрепляется мнение, подтверждаемое и результатами исследований, что система оплаты услуг является одним из факторов, стимулирующих расходы на здравоохранение. Так как при этой системе производителем медицинских услуг (больницам, врачам и пр.) выгодно увеличивать их количество, общие расходы растут.

Правительство

Правительство США в настоящее время сплавивает более 40% расходов на здравоохранение в стране (в 1960 г. – 21%). Очевидно, что за последние 30 лет произошел значительный сдвиг в сторону роста государственных расходов на здравоохранение.

Правительство оплачивает расходы на здравоохранение через две основные программы – "Медикэйд" и "Медикэр". В соответствии с программой "Медикэр" осуществляется страхование всех американцев старше 65 лет, а также тех, кто приближается к этому возрасту и имеет серьезные нарушения здоровья, такие как, например, заболевания почек. Программа "Медикэр" частично финансируется через особый налог на всех работников, определенную долю которого они платят сами, другую же – работодатель. В целом этот налог составляет около 15% дохода занятых американцев. Другая часть "Медикэр" финансируется из общих поступлений подоходного налога.

Программа "Медикэйд" предусматривает страхование нуждающихся американцев, преимущественно же и детей из бедных семей. Кроме того, в рамках этой программы оплачивается пребывание в домах престарелых тех, кто требует постоянного ухода и не может обходиться без ежедневной посторонней помощи. Пребывание в домах престарелых обходится очень дорого (до 100 долл. в день), поэтому у большинства нуждающихся в этом людей своих сбережений на эти цели не хватает. Из двух основных групп населения, охваченных действием "Медикэйд", пациенты домов престарелых требуют наиболее дорогостоящих услуг. Поэтому на них уходит большая часть денег по программе "Медикэйд" в ущерб другим группам малоимущих.

Программа "Медикэйд" финансируется и федеральным правительством, и органами управления штатов. Федеральное правительство оплачивает свою долю расходов по "Медикэйд" из поступлений от общего (не специального). Это составляет приблизительно половину всех расходов. Остальное оплачивает правительство каждого штата. Чтобы получать деньги на "Медикэйд" от федерального правительства, администрации штатов должны соблюдать множество правил, законов и требований. Эта политика изменилась после того, как Конгресс в 1966 г. принял закон, реформирующий систему социального обеспечения в США. Теперь каждый штат должен представить федеральному правительству план предоставления медицинских услуг группам населения, охваченным "Медикэйд". После утверждения этого плана штат может использовать федеральные деньги, а также собственные доходы для финансирования медицинских услуг. Программа "Медикэйд" варьируется от штата к штату в зависимости от того, кому конкретно она здесь предназначена, какие услуги оплачивает и от многого другого. Все это делает данную программу весьма сложной.

Финансирование сети охраны здоровья

Как уже отмечалось, большинство американцев страхуется там, где работает. Роль правительства в финансировании услуг здравоохранения состоит в обеспечении сети охраны здоровья для неработающих для тех, кто, даже работая, не может перешагнуть порог бедности. Люди, застрахованные по этим программам, в основном находятся в том возрасте, когда они уже не в состоянии работать. Это также се маленькими детьми, обычно неполные, когда единственный глава семьи вынужден сидеть дома и ухаживать за ребенком.

Однако есть много американцев, не охваченных никакими видами страхования. Многие из них работают наемными работниками, но не обеспечивают их медицинской страховкой. В то же время эти люди слишком молоды, чтобы соответствовать требованиям "Медикэр", в то же время они не относятся к категории необеспеченных и на них не распространяется программа "Медикэйд". По разным оценкам, число незастрахованных американцев колеблется от 20 до 50 млн чел. (8-20% населения). Это составляет предмет большой озабоченности, так как часть этих людей болеет и не может платить за лечение, а если необходимое лечение отложено, то в конечном итоге расходы на медицинские услуги возрастут. Кроме того, если больница или врач будут обслуживать много незастрахованных пациентов, то в конце концов они обанкротятся.

Мы уже отмечали ранее, что частные работодатели все большее предпочтение отдают страхованию "управляемых услуг", главным образом с целью контроля над расходами. Правительственные программы также переходят к "управляемым" медицинским услугам. Во многих штатах бедных получателей "Медикэйд" (но не обязательно жителей домов престарелых) преимущественно страхуют по планам "управляемых услуг" "Медикэйд", а не по старой системе платы за услуги. Сторонники системы "управляемых услуг" "Медикэйд" утверждают, что эта политика позволяет снижать расходы, контролируя объем предоставляемых услуг и сокращая административные затраты.

Платежи "из своего кармана"

Как мы видели, большая часть затрат на медицинские услуги в США покрывается за счет индивидуального медицинского страхования, которое оплачивается работодателями, а также за счет правительства. Но граждане все равно оплачивают значительную часть счетов за медицинские услуги: около 20% от общей суммы (164 млрд долл. в 1994 г.).

Большая часть этих затрат идет на покрытие совместного страхования, совместных платежей и отчислений требуемых страховыми компаниями и программой "Медикэр". Считается, что эти платежи служат механизмом снижения расходов, так как, если работникам надо оплачивать часть счетов самим, они будут меньше обращаться за медицинскими услугами. Во многих случаях, при том, что часть месячного страхового взноса оплачивается работодателем, работники сами платят оставшуюся часть.

Кроме того, что людей заставляют оплачивать часть своей страховки, чтобы снизить спрос на услуги, они также платят за услуги, которые не охватываются страховыми полисами. Это большинство услуг, которые предоставляются не врачами (за исключением тех, которые назначаются врачами): услуги, предлагаемые представителями альтернативной медицины (хиропрактиками, натуропатами и пр.), услуги медсестер, физиотерапевтов и другие, обычно не оплачиваемые страховыми компаниями и государством (опять же это не было специально предписано врачом).

Куда идут деньги. Учреждения системы здравоохранения

На протяжении более чем столетия больницы были крупнейшей составной частью индустрии медицинских услуг США. Там работало большинство занятых в этой сфере (медсестры, помощники медсестер, анестезиологи, диетологи и др.), и они получали основную часть денег, затрачиваемых на здравоохранение. Стационарное лечение и сегодня остается наиболее дорогостоящим видом медицинских услуг в США.

Однако в последние 15 лет ситуация постепенно меняется. Несмотря на то, что больницы все еще остаются наиболее важным компонентом индустрии здравоохранения, произошли заметные сдвиги в сторону дру

учреждений, преимущественно поликлиник, пунктов скорой помощи и домов престарелых. Многие больницы сейчас предлагают и осуществляют лечение в амбулаториях и домах престарелых, а также медицинскую помощь на дому, обслуживая пациентов вне специальных учреждений здравоохранения.

В 1980 г. около 47% всех расходов на здравоохранение составили затраты на пребывание и лечение в больницах, 20% — на врачебные услуги, многие из которых также были предоставлены в больницах. То приблизительно 2% пошло на домашнее обслуживание, около 10% — на медикаментозное лечение и примерно 10% — на содержание в домах престарелых. Оставшиеся 11% охватывают услуги стоматологов, офтальмологов (проверка зрения и подбор очков) и др.

В Соединенных Штатах врачи не всегда работают на больницы. Они могут быть независимыми и получать оплату не по счетам больницы, а отдельно. Но услуги других профессионалов, включая медсестер, физиотерапевтов, анестезиологов и прочих, вносятся в счет больницы, поскольку они являются служащими больницы.

К 1994 г. расходы на услуги больниц как часть общих расходов США на здравоохранение упали до 40%, расходы на оплату услуг врачей возросли до 22%, около 5% составили расходы на помощь на дому, около 10% — на лечение лекарственными препаратами, 8% — на уход в домах престарелых и оставшиеся 15% — другие виды услуг, перечисленных выше. Эти изменения могут показаться незначительными, но за ними огромные суммы денег. Четырехпроцентное снижение больничных расходов означает, что десятки миллиардов долларов перешли из больничного в другие секторы здравоохранения. Доли услуг врачей и обслуживания на дому в общей сумме затрат возросли.

Почему же произошли эти изменения? Одна из причин — это изменение порядка компенсации стоимости больничных услуг. До начала 80-х годов в основе программы "Медикэр" и деятельности большинства страховых компаний лежала система платы за услуги. Однако существовали опасения, что больницы старались предлагать как можно больше услуг и задерживать пациентов в стационарах дольше, чем нужно. Это считается одной из главных причин ежегодного десятипроцентного роста расходов на здравоохранение со временем.

Политиками в области здравоохранения был разработан план под названием "Система предполагаемой оплаты" (Prospective Payment System — PPS) для оплаты предоставляемого больницами лечения. По этому плану, который был осуществлен в 1983-1984 гг., больницам выплачивается определенная сумма денег за лечение одного пациента с определенным диагнозом. В этих целях пациентов классифицируют по так называемым "диагностическим ресурсным группам" (Diagnostic Resource Groups — DRG). Сумма, выплачиваемая больницам за лечение пациентов с конкретным диагнозом (например, застойный порок сердца), определяется для всей страны, но колеблется по регионам. За исключением редких случаев, продолжительность пребывания в стационаре и предоставляемое лечение значения при этом не имеют. Раньше больницы были материально заинтересованы держать пациентов в стационаре как можно дольше. При новой системе возмещения убытков они, вероятно, будут стараться быстрее выписать пациента, так если израсходуют на лечение меньше, чем предусмотрено, то получают доход.

Дома для престарелых

Дома для престарелых являются еще одной крупной группой медицинских учреждений в США. В отличие от больниц, где преимущественно оказывают краткосрочную медицинскую помощь по острым показаниям, заведения предоставляют длительную помощь хроническим больным. Персонал здесь в основном состоит из медсестер и сиделок, большинство которых являются служащими этих учреждений.

В начале 80-х годов, когда вводилась система предполагаемой оплаты, многие предсказывали, что большая часть расходов на здравоохранение переместится именно в этот сектор. Однако его доля в общей структуре расходов на протяжении последних 15 лет осталась почти неизменной, прежде всего за счет того, что выросли доли других секторов, особенно медицинского обслуживания на дому. Расходы на последнее растут с начала 80-х годов, далеко опережая затраты на дома престарелых, дорогие и обслуживающие ограниченный круг пациентов.

Люди предпочитают, пока можно, оставаться у себя дома, в привычном окружении. При длительном лечении используются ресурсы, которые не учитываются в качестве части затрат на здравоохранение, потому что многие услуги на местах и дома оказываются друзьями и родственниками пациентов без официальной оплаты за них. В результате, они не включаются в общую сумму затрат. Объем таких неофициальных расходов США оценивается как, по меньшей мере, равный официальным затратам на медицинские услуги: он составляет около 24 млрд долл.

Амбулаторное лечение

В последние 5-10 лет амбулаторное лечение осуществлялось преимущественно через организации "управляемых услуг". Это могут быть финансовые или страховые системы, которые координируют предоставление отдельных видов лечения. Другие организации очень тесно интегрированы и предлагают

полный объем амбулаторных услуг: от измерения кровяного давления и иммунизации до мелких операций консультаций узких специалистов.

Следствием введения системы предполагаемой оплаты для больниц и механизма подушевого обслуживания для поликлиник и отдельных врачей явилось перемещение большей части медицинских услуг из стен крупных медицинских учреждений (больниц и домов для престарелых) в разнообразные более мелкие организации, которые рассеяны по разным районам.

Эти изменения в большой степени вызваны новыми финансовыми механизмами – подушевой и перспективной оплатой, в основе которой лежит система классификации диагнозов. Если взглянуть с этой точки зрения, становится очевидно, что системы финансирования и организации предоставления медицинских услуг находятся между собой в весьма сложной взаимосвязи.

Как мы отмечали ранее, в большинстве случаев страховка покрывает стоимость госпитализации и основные расходы на лечение, но не всегда она распространяется на услуги, оказанные в поликлиниках. Имеются существенные различия в том, какие именно услуги, и в каком размере оплачиваются по страховым полисам из кармана пациента. Например, около 10% медицинских расходов составляют затраты на медикаментозное лечение. В некоторых случаях страховка распространяется только на лекарства, которые пациент получает находясь в больнице, иногда также и на выписываемые при амбулаторном лечении, но при этом собственные расходы пациента колеблются от 2 до 15 долларов на каждый рецепт. Для больных, нуждающихся, допустим, в десяти препаратах в день, это может вылиться в крупную сумму. Общие расходы на лекарства резко возросли с середины 70-х годов, так как появляются все больше новых препаратов, а ученые открывают новые пути борьбы с болезнями. Но в результате для людей с ограниченным достатком лечение может быть слишком дорогим, настолько, что они не смогут платить за лекарства.

Что касается медикаментозного лечения, многие страховые планы предусматривают разные суммы ден за амбулаторное лечение. Одни полностью покрывают все расходы на амбулаторное лечение. Другие требуют взносов самого пациента, составляющих 20% от общей суммы затрат на лечение, что может равняться нескольким сотням долларов в случаях необходимости дорогостоящего лечения. Выбор того или иного типа страхования часто зависит от самого пациента.

Амбулаторные услуги медленно заменяют стационарное лечение, а помощь на дому – пребывание в доме для престарелых. Оказывается, что в огромной степени именно новые механизмы финансирования ведут к изменениям в системе оказания медицинских услуг, являясь одновременно одним из решающих факторов при принятии решений о перечне предлагаемых услуг.

Сдерживание стоимости, солидарность и осторожное экспериментирование: шведская дилемма

Суть «шведской дилеммы» довольно проста: может ли Швеция по-прежнему обеспечивать высокий уровень всеобъемлющего здравоохранения для всех, независимо от платежеспособности (т.е., проводить политику солидарности) или же следует решиться на введение все возрастающих ограничений на расходы по здравоохранению и предоставлению услуг (т.е., на проведение политики «сдерживания стоимости»). Исследуя тенденции в организации здравоохранения, в том числе возможные изменения в составе персонала и предоставляемых услуг, а также интеграции здравоохранения и социального обслуживания престарелых граждан, внедрение конкуренции между поставщиками услуг, установление приоритетов в лечении и поощрение частного сектора, можно сделать вывод, что шведам удалось достичь больших успехов в сдерживании затрат не только посредством «рыночных механизмов», но и благодаря правительственному контролю над бюджетом и сокращением услуг. Однако изменение системы может оказать отрицательно влияние на равный доступ к услугам.

Состояние страховой медицины в России

Обязательное медицинское страхование

Обязательное медицинское страхование населения (ОМС) было введено в Российской Федерации после длительного перерыва законом № 1499-1 от 28.06.91 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». За короткий промежуток времени была проведена не только большая работа по организации структуры обязательного медицинского страхования, но и введен в действие ряд законодательных актов, направленных на ее совершенствование [26, 33, 34, 43, 48, 50]. Проблема ОМС нашла отражение и в ряде публикаций. Основная часть работ в той или иной степени связана с вопросами организации ОМС и разработкой предложений, направленных на совершенствование ее законодательной базы. Вместе с тем опубликован ряд исследований, посвященных обоснованию необходимости введения ОМС в контексте изменений, которые произошли в заболеваемости и смертности населения на пороге XXI века.

В этом плане особое значение приобретает разработка ОМС для больных злокачественными новообразованиями. Неуклонный рост показателей заболеваемости и смертности населения, связанный с онкологическими заболеваниями, сложное и весьма дорогостоящее лечение и необходимость его проведения в течение длительного времени не только в стационаре, но и амбулаторно, требуют специальных подходов,

для решения этой сложной проблемы в рамках ОМС. Законом об ОМС предусмотрено страхование всех онкологических больных и их право на бесплатное лечение. Вместе с тем, в соответствии с приказом Минздрава РФ № 30 от 21.01.98 г. «О мерах по упорядочению и организации оказания медицинской помощи населению РФ в клиниках федеральных учреждений здравоохранения» обозначены федеральные учреждения, финансируемые только из федерального бюджета Минздравом РФ, которым предписано осуществлять наряду с другими категориями больных лечение определенных контингентов онкологических больных, нуждающихся в комплексном, комбинированном и лучевом лечении, отнесенных к высокотехнологичным видам медицинской помощи (трансплантация костного мозга), терапевтическое лечение острых и хронических лейкозов, хирургическое лечение гормональных опухолей, реконструктивные пластические операции VI–VII степени сложности на толстой кишке и др.

Однако приказ далеко не в полной мере исчерпывает проблему оказания лечебной помощи онкологическим больным. Как известно, основная масса онкологических больных лечатся в онкологических учреждениях учреждений общей лечебной сети, финансируемых как из бюджета, так и из фонда ОМС: ряд из них нуждаются после выписки из стационара в поддерживающей терапии и/или повторных курсах лечения, которые проводятся не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях. В соответствии с законом об ОМС стоимость лекарственных препаратов для амбулаторного лечения государством оплачивается, да не полностью, что создает в ряде случаев драматические ситуации для малообеспеченных больных, не имеющих средств для покупки необходимых дорогостоящих препаратов.

Отнюдь не полностью решен вопрос о раннем выявлении злокачественных новообразований в рамках массовых профилактических мероприятий, связанных с использованием дорогостоящей диагностической аппаратуры, которая, как правило, относится в ЛПУ к платным услугам. Следствием этого явилось ухудшение ряда базовых показателей состояния онкологической помощи населению. Так, за последние годы в Санкт-Петербурге, по данным Ракового регистра, наблюдается заметный рост числа больных, впервые выявленных в IV стадии заболевания (1990 г. – 16,5%; 1998 г. – 25,1%) и резко снизилось число онкологических больных, впервые выявленных на профосмотрах (1991 г. – 11,3%; 1998 г. – 3,9%). Таким образом, перед онкологической службой и службой ОМС стоит ряд сложных вопросов, связанных с дальнейшей разработкой предложений и законодательных актов, направленных на совершенствование системы ОМС в онкологии. Можно не без оснований полагать, что аналогичные проблемы существуют и при других классах заболе-

Вместе с тем нельзя не признать, что возвращение к проблеме ОМС является отнюдь не случайным. В основе этого процесса лежит сложный комплекс факторов, среди которых крайне низкий уровень финансирования здравоохранения, ухудшение здоровья нации, избыточная преждевременная смертность, заметное повышение показателей естественной убыли населения играют доминирующую роль. Во второй половине XX столетия появились десятки новых заболеваний, характеризующихся различными интоксикациями, аллергизацией, суперактивацией системы защиты, истощением метаболических ресурсов организма; в 80-е годы приняли характер эпидемий заболевания, связанные с ВИЧ, хламидийной, герпетической, вирусными инфекционным гепатита, а также более редкие: «болезнь легионеров», «Лайма» синдром хронической усталости и др. [26, 45, 49, 52]. Анализ экологической ситуации в стране свидетельствует о глубоком неблагополучии и наличии обширных территорий, экологическое состояние которых может быть признано критическим. Во многом состояние здоровья населения определяется комплексом факторов, среди которых образ жизни занимает особое место. Составляющие образа жизни (уровень жизни, качество жизни, стиль и уклад жизни) не могут быть признаны удовлетворительными [24]. Внедрение в медицину высокоэффективных технологий диагностики и лечения ряда заболеваний привело к заметному повышению стоимости медицинских услуг и к необходимости постоянного увеличения объемов средств, выделяемых на здравоохранение.

В настоящее время одной из основных проблем является достижение соответствия между состоянием здравоохранения, потребностями населения и финансовыми возможностями государства, что может быть достигнуто на основе решения следующих задач [45]: восстановление утраченного здоровья в более короткие сроки путем предоставления населению качественной и общедоступной медицинской помощи; осуществление структурных преобразований в системе здравоохранения, увеличение объема мероприятий медицинской профилактики, реформирование медицинской помощи и системы лекарственного обеспечения, обеспечение соответствия системы управления и организации здравоохранения условиям эффективного функционирования социально-ориентированной отрасли в рамках рыночной экономики; повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

Несомненно, одной из важнейших задач в намеченной программе является обеспечение адекватности финансовых ресурсов, соответствующих государственным гарантиям в сфере здравоохранения; для этого необходимо на первом этапе повысить долю средств, направляемых на финансирование здравоохранения до 6-7% ВВП. Как справедливо указывает В.И. Стародубов и соавт. [45], «сложившаяся к настоящему времени система здравоохранения финансируется по остаточному, а функционирует по затратному принципу».

Следует отметить, что по уровню бюджетного финансирования здравоохранения Россия занимала и занимает одно из последних мест среди западноевропейских стран и США (2,3% от ВВП). В этих условиях возврат к обязательному медицинскому страхованию (ОМС) «...было единственно правильным политическим решением, позволившим сохранить здравоохранение как отрасль и создать предпосылки для формирования нового социального института (системы государственных внебюджетных фондов ОМС), в котором удачно гармонично сочетать принципы страхования, новые подходы к финансированию медицинской помощи и

защиты прав граждан» [48].

История страховой медицины в России насчитывает свыше 100 лет [10, 28, 29, 45, 51]. Во второй половине XIX столетия был накоплен определенный и вполне положительный опыт развития страховой фабрично-заводской медицины, создания больничных касс, оказания медицинской помощи не только рабочим, но и членам их семей. Революция 1905 г. ускорила решение вопросов социального страхования рабочих [10] 1912 г. III Государственная Дума приняла страховые законы, под действие которых попало около 20,0% работающих по найму. Средства на страхование вносились в больничные кассы рабочими (3% от заработка) и предпринимателями, причем взносы последних составляли 2/3, или половину от средств, внесенных рабочими. Амбулаторное лечение и первая медицинская помощь осуществлялись за счет предпринимателей. Общая длительность предоставления пособия не превышала 26 нед. одновременно или 30 нед. в течение года при повторных заболеваниях. Размер пособия составлял от 1/2 или 2/3 заработка для семейных работников и от 1/4 до 1/2 заработка для одиноких. Пособие выдавалось при родах женщинам в случае, если они проработали на предприятиях не менее 3 мес; срок пособия определялся периодом и 2 нед. до родов и после родов в размере 1/2 заработка.

В октябре 1917 г. советским правительством была объявлена страховая программа, которая в основных чертах повторила программу 1912–1913 гг. В период 1918–1919 гг. был издан ряд декретов, направленных на ее расширение и совершенствование. Одновременно шли интенсивные дебаты о формах организации страховой медицины. В 1919 г. произошло слияние системы медицинского страхования и страховой системы «рабочая страховая медицина» под эгидой Наркомздрава [29, 51], который начал реформу социального страхования, заменив ее системой социального обеспечения. Возрождение системы социального и медицинского страхования связано с периодом НЭПа (1921–1929 гг.) и закончилось практически одновременно с прекращением его существования [51]. В этот период во многих губерниях еще продолжали действовать страховые кассы, которые вносили свой вклад в поддержку здравоохранения, строительства больниц, санаториев и т. д., однако отношения между страховыми кассами и органами здравоохранения достаточно сложными, хотя именно страховые кассы покрывали от 70 до 80% расходов на бюджет здравоохранения. В ряде выступлений в печати звучал мотив о необходимости «...строго соблюдать социально-кассовый подход к мед. обслуживанию индустриального пролетариата» и предметом особой заботы страховых органов должно быть решительное обеспечение четкого проведения кассовой линии и организации медицинской помощи застрахованным.

В дальнейшем, до 1985 г., в стране при существовании единой формы собственности на средства производства реальное место для медицинского страхования практически отсутствовало. В настоящее время система медицинского страхования и ее возрождение связаны с изменением форм собственности на средства производства и развитием рыночной экономики. Начала развиваться система личного страхования в том числе и страхования здоровья (ДМС – добровольное медицинское страхование) на коммерческой основе.

Начиная с 1991 г., в дополнение и развитие федерального закона «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» был принят ряд подзаконных актов и постановлений, регулирующих и уточняющих основы обязательного и добровольного медицинского страхования граждан РФ [33, 34, 43, 48]. Законотворческая часть работы по ОМС еще далека до своего завершения [17, 18, 30]. Вместе с тем за истекшее время была проведена впечатляющая работа по введению в практику системы ОМС в ЛПУ. В настоящее время договорами об ОМС охвачено 129,8 млн. (89,7%) жителей Российской Федерации. В 5 субъектах РФ застраховано 90% населения. Страховые полисы выданы 121,5 млн. человек (82,6%) или от числа лиц, застрахованных ОМС [4, 43, 48]. В системе ОМС работает 8092 ЛПУ; из их числа 5564 стационара, 1870 амбулаторно-поликлинических учреждений и 658 ЛПУ, оказывающих стоматологическую помощь населению.

На договорной основе с ОМС работают 10867 ЛПУ, амбулаторно-поликлиническая сеть представлена 6-учреждениями и стоматологическая служба включает 4443 учреждения [43]. Обязательное медицинское страхование (ОМС) занимает второе место среди источников финансирования здравоохранения (31,7%). В связи с введением ОМС в бюджет здравоохранения поступает 3,6% из 39% средств, отчисляемых на эти виды социального страхования. Оплату за работающее население осуществляют предприятия и учреждения как страховые средства за пенсионеров, инвалидов, неработающих граждан вносят в бюджет федерального и местного уровня местные (территориальные) органы управления. От уплаты взносов не освобождаются общественные организации инвалидов, находящиеся в собственности этих организаций предприятия, объединения и учреждения, созданные для осуществления их уставных целей,

Таким образом, в этой модели сочетаются бюджетное финансирование и ОМС, что позволяет ее охарактеризовать как бюджетно-страховую систему. На начало 1998 г. поступления средств ОМС составили 31,7% от сумм, израсходованных на здравоохранение. Структура расходов средств ОМС в 1997 г. свидетельствует о том, что 50,6% было затрачено на оплату труда (с начислениями), 18,8% – на медикаменты, 6,7% – на продукты питания, 5% – на оборудование, 10,8% – на хозяйственные цели [48]. Практически аналогичное распределение средств ОМС происходит с небольшими колебаниями с 1994 г. Одновременно, начиная с 1993 г., наблюдается интенсивная положительная динамика поступления средств в рамках ОМС на каждого жителя РФ. Если в 1993 г. на одного работающего за год выделялось 14,9 тыс. руб., а на неработающего 6,3 тыс. рублей, то в 1997 г. страховые взносы на одного работающего составили 269,8 рублей и на одного неработающего 81,2 тыс. рублей; в среднем на 1 жителя сумма ОМС составила 199,

рублей (взносы + платежи). В 1997 г. системой ОМС было профинансировано лечение 160,5 млн. больны амбулаторно-поликлинической сети; 18,9 млн. больных в стационарах и 25,7 млн. больных в стоматологических учреждениях [48]. Приведенные данные свидетельствуют о том, что система ОМС как форма социальной защиты граждан РФ состоялась и стала основным механизмом реформирования здравоохранения в стране [25].

Дальнейшее совершенствование закона о медицинском страховании В.И.Стародубов [45] обусловил необходимостью разработки следующих проблем:

- 1) создание страховой медицинской организации и определение ее учредителей;
- 2) определение величины уставного фонда, необходимого для ее финансовой стабилизации и включени программу обязательного страхования;
- 3) учреждение представительств н городах и районах области;
- 4) организация банка данных на всех плательщиков страховых взносов;
- 5) согласование с медицинскими учреждениями тарифов на медицинские услуги;
- 6) лицензирование и аккредитация медицинских учреждений;
- 7) распределение застрахованного населения по классам (категориям): дети, пенсионеры, инвалиды, работники производственной сферы, работники государственных нерентабельных предприятий, работни бюджетных организации;
- 8) расчет величины регионального взноса на обязательное медицинское страхование;
- 9) разработка территориальных медико-экономических стандартов.

Концепция развития медицинского страхования в России была представлена НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко и рассмотрена на заседании Бюро отдела профилактической медицины РАМН [18, 42]. Было подчеркнуто, что в рамках ОМС граждане России не платят за медицинскую помощь ни в учреждениях здравоохранения, ни в виде страховых платежей. Одновременно было признано целесообразным по мере развития медицинского страхования объединит с социальным страхованием, чтобы финансовое обеспечение всех форм социальной защиты в случае болезни осуществлялось из единого фонда и в большем объеме. На Всероссийском семинаре «Задачи органов управления по выполнению закона о медицинском страховании граждан в РСФСР и постановле правительства РФ от 23.01.92 г.» [44], который был организован Комитетом по охране здоровья, социальн обеспечению и физической культуре Верховного Совета РФ, активно обсуждался вопрос о практике и механизмах применения закона о медицинском страховании; при этом четко было сформулировано положение о том, что обязательное медицинское страхование должно быть некоммерческим; равным образом, была предложена концепция централизованного поступления средств на страхование (на уровне ниже области), направленная на то, чтобы избежать их распыления.

Был также затронут вопрос о платных медицинских услугах в ЛПУ. По мнению многих участников семинара платная медицинская помощь в ЛПУ должна быть обязательным составным элементом их деятельности как в существующих в настоящее время финансовых обстоятельствах ее отсутствие снизило бы объем медицинских услуг населению не менее, чем на 50,0%. Особое внимание участников семинара было удѣлено принципам составления территориальных программ, которые должны быть адаптированы к условиям ре (площадь, население, экологическая обстановка, развитие промышленной и аграрной сферы, состав контингентов населения, финансируемых за счет региона, и характеристика здравоохранения региона). Изучение перечисленных выше параметров позволяет исчислить стоимость обязательного медицинского страхования [38,41,47] и в случае необходимости, определить объем дотации для региона. В.С.Преображенская и соавт. [39] справедливо выдвигают положение о том, что неотложной задачей является создание условий, действительно гарантирующих каждому человеку доступную медицинскую помощь. Авторами предлагается широкая программа диспансеризации населения, которая должна проводиться в рамках ОМС [22, 39].

Не менее значимым является обсуждение закона, защищающего права больных, обратившихся за медицинской помощью в рамках ОМС [32].

Граждане имеют право на обследование, лечение и содержание в условиях, соответствующих санитарно гигиеническим нормам; получение квалифицированной медицинской помощи в рамках программы по ОМС; выбор врача и лечебного учреждения; уважительное и гуманное обращение со стороны медицинского персонала; получение информации о своих правах и состоянии своего здоровья, сохранение врачебной тайны; проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов; облегчение боли,

связанной с заболеванием и(или) вмешательством доступными средствами; возмещение вреда, причиненного не оказанием или ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Вместе с тем, по данным И.В.Новокрещенова и соавт. [32], большинство пациентов не осведомлены о своих правах. Так, 66,24% больных на вопрос о том, известно ли им о своих правах, ответили отрицательно, и меньше всех были осведомлены больные дети и подростки в возрасте до 15 лет (70%) и больные старше 75 лет (76,56%). Не менее 52,55% респондентов положительно ответили на вопрос о том, нарушались ли их права; 49% считают, что из предложенного перечня прав соблюдается право «...на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него». К числу наиболее часто встречающихся нарушений авторы относят: необоснованный отказ в оказании медицинской помощи, амбулаторно-поликлинической помощи, отказ от перевода в другое ЛПУ: не оказание медицинской помощи в экстренных ситуациях, связанных с дорожно-транспортными происшествиями – 34,6%; оказание некачественной медицинской помощи – 36,4%; необоснованное взимание или требование платы за лечение – 37,0%.

По мнению 66% анкетированных, в рамках существующей правовой системы невозможно в достаточной мере обеспечить и защитить свои права пациента; необходимы дополнительные организационно-административные меры для решения этой сложной проблемы [2].

В.С.Преображенская и С.В.Золозов [38] высказали ряд интересных положений, касающихся прав граждан при выборе страховой организации и одновременно необходимости их личного участия в страховом взносе, что обеспечивает им более широкие возможности выбора страховой организации и медицинского учреждения для проведения курса лечения.

Система медицинского страхования предполагает функционирование механизмов, обеспечивающих повышение требовательности к медицинскому персоналу с целью гарантировать обществу высокий профессиональный уровень и качество медицинской помощи, а также ее экономическую рентабельность. Достижение целей, которые ставятся перед медицинским персоналом, должно сочетаться с целями и интересами самого персонала: имеется в виду приемлемое благосостояние, престижность труда, удовлетворенность им и, соответственно, хорошие санитарно-гигиенические условия труда. Большое значение имеет система распределения функций между врачом и средним медицинским персоналом и распределение дохода между ними. Авторы считают, что в нашем законодательстве эти проблемы не проработаны, тогда как их принципиальное значение очень велико. В рамках ОМС активно обсуждается вопрос о врачах общей практики [9, 45, 46]. При рассмотрении соотношения между первичной амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью отдается безусловное предпочтение первичному звену и, в частности, врачу общей практики [9]. Проблема эта изучена совершенно недостаточно. Вместе с тем, по результатам проведенного опроса, не менее 69% населения предпочли бы наблюдаться и лечиться у врача общей практики, чем обращаться к специалистам узкого профиля. В связи с вышеизложенным необходимо четкое определение последовательности этапов преобразований и их временных периодов, а также финансовых взаимоотношений и контроля расходования средств, которые, будучи на счете страховой медицинской организации, могут быть израсходованы врачом общей практики для расширения объема медицинских услуг, закупки оборудования и оснащения кабинета, разработки методов рационального обследования больного. Очевидно и то, что широкий объем прав и возможностей врача общей практики подлежит контролю страховой медицинской организации, территориальных органов управления здравоохранением, врачебной ассоциацией на основе специальных критериев оценки. Дальнейшее развитие и становление ОМС с деятельностью врача общей (семейной) практики, который займет в XXI веке центральное место в амбулаторно-поликлинической помощи больным и в значительной степени поднимет уровень и качество [45, 46].

Для рационального использования коечного фонда в стационарах для детей необходимы уточненные сведения о госпитализируемой заболеваемости и четкая схема внутрибольничного лечения (сортировка неотложная помощь, реанимация и интенсивная терапия – традиционное и специализированное лечение, долечивание – медико-социальная реабилитация). Большое значение имеет и время пребывания ребенка в стационаре (краткосрочное, среднесрочное и долгосрочное). Результативным оказалось апробированное авторами долечивание детей после выписки из стационара в дошкольных учреждениях санаторного типа: 55,1% наступило полное выздоровление и у 20,8% значительное улучшение [14, 36].

О глубоком интересе медицинской общественности к развитию и совершенствованию системы ОМС свидетельствует тот факт, что 5-летие со дня выхода в свет закона Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в РФ» было отмечено выходом в свет в 1996 г. специального номера журнала «Экономика здравоохранения».

Специального внимания заслуживает статья председателя комитета Государственной Думы по охране здоровья населения Н.Герасименко «Блеск и нищета медицинского страхования в России» [3]. Признавая введение ОМС предупредило развитие разрушительных тенденций в здравоохранении, хотя и не выполнило полностью поставленных перед ним задач (увеличение средств на здравоохранение, улучшение качества лечения и свобода выбора врача и медицинского учреждения), автор относит к числу основных недостатков процесса внедрения системы ОМС, отсутствие реального повышения средств, выделяемых на здравоохранение (до 5–7% ВВП), хронические недоплаты на здравоохранение из средств ОМС и средств бюджетного финансирования, проявление определенных сложностей в разграничении полномочий между

структурами ОМС и органами здравоохранения. По его мнению, большие средства, которые были привлечены с помощью ОМС в здравоохранение, не изменили трудного положения медицинского персонала в плане оплаты труда, так как были потрачены на техническое оснащение системы ОМС, что вызвало определенное недовольство в медицинских кругах. Равным образом, введение ОМС мало отразилось на медицинском обслуживании больных в связи с ростом цен на медикаменты, оборудование и оснащение и одновременным бесконтрольным ростом цен на платные медицинские услуги.

В статье исполнительного директора Федерального фонда ОМС В. В. Гришина [4] показаны впечатляющие результаты (финансовые и организационные) деятельности фонда ОМС по вложению средств в здравоохранение. Особое внимание обращено на многовариантность подходов в сборе средств в ОМС, и, в частности, на совершенствовании нормативной базы деятельности. Достаточно сказать, что в 1995 г. уровень сборов страховых взносов ОМС достиг 82,3% (14,1 трлн. руб.); численность застрахованных составила 107,8 млн. человек; 94,6 млн. граждан получили страховые полисы. Рассматриваются различные организационные схемы сбора страховых средств, что связано с разной степенью готовности страховщиков к реализации закона на различных территориях.

Интенсивно проводится работа по повышению качества медицинской помощи населению и подготовке кадров для работы в системе ОМС. При наличии финансовых резервов ОМС финансирует крупные государственные программы и мероприятия в области здравоохранения в отдельных регионах страны. В ряде работ [1, 5, 11, 13, 15, 16] рассмотрены различные аспекты дальнейшего развития системы обязательного медицинского страхования. Так, В.В.Кучеренко [23], весьма положительно оценивая введение системы ОМС, вместе с тем указывает, что в процессе ее реализации выявился ряд недостатков; в частности, введение системы ОМС привело к снижению финансирования здравоохранения за счет бюджета, что заметно сказалось на результативности ОМС в плане финансовой поддержки здравоохранения; высоки затраты на содержание аппарата ОМС, не создана система независимых врачей-экспертов, в задачи которых входит оценка качества медицинской помощи населению. Наконец, этот автор считает, что отсутствие системы личных вкладов населения в ОМС не стимулирует интереса граждан к сохранению своего здоровья.

Несомненный интерес представляет серия публикаций о ходе развития системы ОМС в различных регионах страны (Москва, Санкт-Петербург, Башкортостан, Самара, Кемеровская область, Ростов-на-Дону, Екатеринбург, Хабаровск, Тамбов, Томск). Эти работы, обобщающие опыт первых лет деятельности ОМС, содержат множество предложений, направленных на совершенствование системы ОМС и ее развитие. По мнению Ю.П.Лисицына [25], необходимость введения ОМС не вызывает сомнений. Уже в настоящее время 30% всех расходов на здравоохранение оплачивается из фондов ОМС, тогда как бюджетное финансирование, которое осуществляется по остаточному принципу, составляет не более 70% от запланированных в бюджете средств. Очевидна необходимость увеличения выплат на ОМС (с 3,6% до 10% из общей суммы (39,0%), выделяемой на социальное страхование). По данным ВОЗ, минимальные расходы на здравоохранение в развитых странах составляют 6–7% от ВВП [35], тогда как Россия по этому показателю занимает последнее место среди стран Западной Европы и США (2,3% от ВВП). Автор предполагает, что для улучшения положения закона об ОМС нуждаются в доработке. Особенно это касается разделов, посвященных тарификации медицинских услуг, уточнения списка платных услуг, категорического запрещения платных услуг за профилактику (профосмотры, диспансеризация, профилактика алкоголизма и венерических заболеваний), строгое запрещение платных услуг по списку заболеваний, входящих в систему обязательной программы медицинского страхования (родовспоможение, экстренная помощь и др.).

Л.Е.Исакова [13] предлагает создание централизованной финансирующей системы на основе фондов объединенных с фондами социального страхования. Имеется в виду переход от медицинского страхования к социальному страхованию здоровья. В основе предлагаемой концепции лежит постулат о том, что застрахованный гражданин должен получать равный доступ к бесплатной медицинской помощи в объеме государственных гарантий независимо от дохода, места проживания и места нахождения. По мнению Н.А.Кравченко [20], введение в РФ системы обязательного медицинского страхования было стабилизирующей мерой, направленной на выживание системы здравоохранения. Он показал, что неудовлетворительно финансируется система ОМС из территориальных фондов, обеспечивающих неработающих граждан, инвалидов, пенсионеров и т. д. (в 23 субъектах Федерации закон об ОМС не выполняется). Вместе с тем автор высоко оценивает деятельность ОМС, которая сумела направить в 1995 г. на здравоохранение 13 трлн. рублей (на 7,7% больше, чем все средства налогоплательщиков, поступивших в систему за 1995 г. По его мнению, в Российской Федерации найдены пути становления нового экономического механизма отношений в здравоохранении, основанного на принципах самофинансирования, саморегулирования и самокупаемости, т. е. тех рычагов, которые позволяют сочетать интересы личности, отрасли и общества в целом».

В.П.Корчагина [19] считает, что в настоящее время ОМС оценивается как основной источник, формирующий финансы здравоохранения. Введение ОМС привело к усилению экономической самостоятельности ЛПУ за счет замены постатейного финансирования на «тариф законченного случая», однако проблема еще далека от своего решения и нуждается в дальнейшей разработке и совершенствовании.

Н.Б.Найговзиной и соавт. [31] рассмотрен весьма актуальный вопрос об обеспечении ЛПУ лекарственными препаратами (в рамках стационара, скорой и неотложной помощи) с помощью ОМС. Доля финансовых расходов ОМС на лекарственные препараты, по данным авторов, составляет 18–30% общих затрат. В качестве вынужденной меры многие больные при лечении в стационаре покупают лекарственные препараты

на личные средства, что противоречит 41 статье Конституции РФ и ряду других законодательных актов. того, что заметно возросло число больных, которые пожизненно вынуждены принимать лекарственные препараты, отдельные семьи тратят до 20% своего бюджета на лечение хронических заболеваний. Автор предлагает принятие федеральных и/или территориальных программ лекарственного обеспечения населения на основе бесплатного или льготного предоставления лекарств определенным социальным группам населения, страдающим заболеваниями, при которых гарантируется бесплатное или льготное обеспечение. Для реализации программы предлагается проведение ряда организационных мероприятий и, в том числе, детальная разработка формуляра лекарственных средств, необходимых в системе ОМС. С.В.Киселева [1] привела теоретические обоснования необходимости введения ОМС и реализации его первоочередных задач: [совершенствование законодательства в этой области, увеличение страхового тарифа, увеличение средств на страхование неработающего населения (в настоящее время соотношение между неработающими и работающими гражданами составляет 40% к 60%, тогда как на страхование неработающих выделяется 25,4% из фонда ОМС)]. Среди недостатков деятельности ОМС автор считает автономный режим ее работы, что ставит под угрозу выполнение ряда постановлений правительства РФ, для реализации которых необходим более тесный контакт с органами здравоохранения и ЛПУ. Многие положения программы ОМС требуют дальнейшей тщательной проработки. Как известно, концепция становления и развития ОМС строится на принципах социальной солидарности: Богатый платит за бедного, здоровый за больного).

Е.А.Ананьева [1] и другие авторы [4, 25, 26] справедливо указывают на то, что в соответствии с прежней системой финансирования было принято опираться на такие показатели, как коечный фонд, средний кой-день, численность врачей и среднего медицинского персонала. В настоящее время эти показатели перестали отвечать финансовым возможностям государства и интересам граждан. Формирующаяся за последние десятилетия заболеваемость населения требует большего объема финансовых средств на диагностику и лечение патологии, типичной для конца XX – начала XXI века. Вместе с тем на здравоохранение было выделено в 1995 г. из бюджетных средств 1,42% (в 1970 г. – 6%). Проблема финансирования может быть решена при переводе отрасли на медицинское страхование, которое является формой общественной солидарной защиты интересов граждан в охране здоровья. По мнению С.А.Ананьевой мы находимся на первом этапе создания ОМС, когда все еще существует механизм прикрепления больного к конкретному ЛПУ; в дальнейшем система ОМС должна строиться на поступлении средств в ЛПУ за пролеченного больного, на содержание ЛПУ. Очевидно, что введение обязательного медицинского страхования вызвало к жизни большое число исследований, направленных на совершенствование системы ОМС в плане дальнейшей разработки законодательной базы и внедрения в практику ряда предложений по ее воплощению. Эта работа еще далека от своего завершения, однако система ОМС уже имеет свою правовую базу и первые, вполне реальные практические результаты, которые, несомненно, нуждаются в дальнейшем совершенствовании и развитии.

Добровольное медицинское страхование

Правовые основы добровольного медицинского страхования (ДМС) обеспечиваются законом от 27.11.92 «Об основах обязательного медицинского страхования» [21, 25, 26]. ДМС является одним из видов финансово-коммерческой деятельности. Следует признать, что ДМС пока не получило широкого распространения в России. По данным ряда страховых компаний, охват ДМС не превышает 3% населения; однако среди различных видов добровольного медицинского страхования объем медицинского страхования вырос в 1997–1999 гг. до 15,5%. В настоящее время страховые компании по добровольному медицинскому страхованию предоставляют широкий спектр услуг, который может быть охарактеризован как комплексное (полное) страхование здоровья в различных вариантах. К такого рода услуг относятся [6, 12, 21, 26]:

больничное страхование (стационарное и амбулаторно-поликлиническое, включая оплату оперативных вмешательств);

лекарственное страхование (обеспечение лекарственными средствами за счет страховых фондов);

стоматологическое страхование;

профилактическое страхование;

реабилитационное страхование;

страхование от несчастных случаев и травм;

страхование на случай временной и/или стойкой нетрудоспособности;

репродуктивное страхование женщин;

страхование жизни.

Разумеется, эти программы динамичны и меняются в связи с рыночной конъюнктурой в достаточно широ-

пределах. Так, по мнению Г.О.Мжаванадзе [27], разумное дополнение ОМС в рамках добровольного медицинского страхования полностью себя оправдывает.

Характерным для добровольного медицинского страхования является понятие об «андеррейтинге» – группировке страхуемых и их классификации по степени риска наступления страхового события. Основными факторами дифференциации при добровольном медицинском страховании являются: возраст, пол, род профессиональной деятельности и условия труда, место проживания, личный и семейный анамнез, состояние здоровья и образ жизни (вредные привычки). Для выявления перечисленных факторов исполняются анамнез, медицинский осмотр, анализ документации, анкетирование. Одним из условий проведения андеррейтинга являются принципы этики, конфиденциальности и деонтологии. Очевидно, что при выявлении различных вариантов повышенного риска сумма страхования возрастает. В свою очередь, финансовая устойчивость страховой компании определяется наличием не только достаточного уставного капитала, а и положением на финансовом рынке страны. Безусловно, страховая компания заинтересована в контроле над медицинскими услугами; в этом плане большую роль играет связь страховой компании с несколькими медицинскими учреждениями и возможность выбора учреждения, обеспечивающего высокое качество лечения по умеренным ценам. В свою очередь, медицинские учреждения заинтересованы в привлечении пациентов и готовы идти на ограничение своих ценовых запросов. Наконец, работодатели стремятся к тому, чтобы с помощью пакета социальных услуг (и в том числе медицинского обслуживания) надежно привязать себе сотрудников. Поданным В.Демченко и Е.Решетина [6] и др. авторов [6, 12], после кризиса в августе 1998 г. деятельность добровольных страховых компаний заметно изменилась. В настоящее время очевидно, что добровольное медицинское страхование, в основном, зависит от уровня жизни населения. Это привело к необходимости для страховых компаний ДМС пересмотреть во многом свои позиции. Нельзя не отметить во втором полугодии 1998 г. заметно возросли суммы страховых взносов. Обращают на себя внимание большие отличия в числе застрахованных (данные за второе полугодие 1998 г.). Так, наибольшее число застрахованных (49867 человек) состоит в страховой компании «МАКС» и наименьшее в компаниях «Энергогарант» (339 человек) и «Веста» (400 человек). В настоящее время очевидно, что среди компаний занимающихся ДМС, в основном сохраняются крупные универсальные компании. Одновременно прогнозируется в активе компаний ДМС увеличение числа более дешевых и доступных полисов, тогда как число элитарных дорогостоящих услуг должно снизиться. В качестве нового направления в ДМС следует отметить появление фармакологического страхования (преимущественно в Москве); получает развитие система «монополисов», направленная на оплату конкретной медицинской услуги, а не классического медицинского страхования.

Оценивая наиболее популярные формы ДМС, необходимо отметить, что среди них различные виды амбулаторно-поликлинического лечения занимают особое место, так как посещение районных поликлиник редко вызывает у больных положительные эмоции [6]. Широкий диапазон цен и большое число медицинских учреждений позволяют страховой компании выбрать по принципу «качество–цена» удовлетворяющее ее медицинское учреждение. Необходимо также указать и на то, что большинство компаний ДМС не страхуют инвалидов I–II группы; лица старше 60 лет платят за страховку в 1,5–3 раза больше, чем лица более молодого возраста. Достаточно широк круг заболеваний, которые не входят в программу ДМС. К их числу относят онкологические, венерические, психические и профессиональные заболевания, туберкулез, сахарный диабет, почечная недостаточность, заболевания органов, требующие их трансплантации, лучевая болезнь, врожденные аномалии и пороки развития. Страховыми случаями не признаются также травмы, полученные при управлении автомобилем в состоянии алкогольного и/или наркотического опьянения. Не исключено, что в дальнейшем этот список будет постепенно сокращаться. Уже в настоящее время несколько компаний предлагают специальные полисы для ряда перечисленных выше заболеваний, в том числе и онкологические.

В заключение следует отметить, что отношения между медицинскими учреждениями и страховыми компаниями ДМС остаются достаточно сложными в связи с необходимостью постоянной проверки счетов выставяемых медицинской службой за свои услуги, стоимость которых она склонна завышать. Выход из положения служба ДМС видит в установлении контроля над медицинскими учреждениями, что может обеспечить стабилизацию цен по оказанию услуг в рамках ДМС.

Социологические аспекты медицинского страхования

Социальной направленностью структурных преобразований в российском здравоохранении является разработка эффективной системы контроля и мониторинга социальных индикаторов, единых социальных стандартов в системе охраны здоровья, создание социально-экономической модели, способной обеспечить дальнейшее развитие обязательного медицинского страхования как формы социальной защиты.

В условиях медицинского страхования необходимо учитывать социальные аспекты при изучении и лечении заболеваний, рассматривая медицину как социальный институт и подсистему социальной системы в целом.

Медицина как социальный институт и подсистема социальной системы в целом включает в себя:

1. Социологические аспекты политики здравоохранения; организация медицинской помощи населению (государственная, частная практика); возможность сочетания государственной и частной систем здравоохранения (проблема автономности и зависимости здравоохранения); формы воздействия общества на медицинскую науку и здравоохранение; источники финансирования.

2. Структура и проблемы организации здравоохранения: формы медицинского обслуживания; структурно-функциональные нарушения в системах здравоохранения, выработка мер по их устранению.
3. Социология лечебно-профилактических учреждений: изучение структуры и функционирования больницы; выявление связи между структурой больниц и внешними факторами; особенности социальной динамики современной больницы и объяснение ее причин; развитие больницы в историко-социологическом аспекте в связи с изменениями социально-экономических условий.
4. Медицинский персонал, его социальная роль и положение: отношения иерархии и власти, складывающиеся в процессе труда; проблема социально-психологических отношений между различными категориями медицинского персонала: изучение роли врача, типы поведения медицинского персонала; применение социологической теории поведения, критерий "здорового поведения" в медицине; культурные нормы и ценности в их связи с видами поведения, характерными для медицины; социальные процессы, влияющие на формирование мировоззрения, компетентности и стандартов поведения медицинского персонала; исследования в рамках концепции "малых групп".
5. Проблема взаимоотношений врач - пациент: отношения между пациентом и медицинским персоналом; процессная мотивация труда медицинского работника; типы поведения пациента; социология пациента.
6. Медицинское образование, система и формы подготовки медицинских кадров: социология как предмет изучения в медицинских учебных заведениях, формирование медицинской идеологии и норм поведения студента-медика.
7. Медицинская профессия: социализация медицинской деятельности.
8. Методология медицинской социологии: статистические методы, документальный анализ, опрос, наблюдение, эксперимент, групповой тест; применение системного анализа в исследованиях медицинских социологов; теория моделей в медицинской социологии; методы изучения динамики общественного мнения и коммуникаций; рассмотрение медицины как подсистемы.
9. Медицина и население: отношение различных слоев населения к здоровью, болезни и медицинскому обслуживанию; анализ представлений о здоровье, болезни и медицине у населения; изучение взаимосвязи между пониманием болезни у населения и в медицине, определение нормы, патологии, болезни как социальной девиантности; социологические аспекты медицинской этики и деонтологии.

При изучении и лечении заболеваний рассматриваются следующие социальные аспекты:

1. Социальные причины болезней: изучение состояния здоровья и заболеваемости в различных социальных и экономических группах населения; изучение экономических, психологических и социальных условий заболеваний: связь религиозных, социальных, психологических факторов с возникновением и развитием разного рода заболеваний; информация о состоянии здоровья различных групп населения на основании научного анализа; влияние окружающей среды и географических факторов на специфику заболеваний различных социально-профессиональных категорий.
2. Социологический анализ психических заболеваний и их этиологии. Социальные и экономические факторы, влияющие на состояние психического здоровья населения.
3. Социологические аспекты алкоголизма, наркомании, самоубийств, антисоциального поведения, преступности.
4. Проблемы заболеваний и лечения мигрирующего населения.

Реализация социально значимой идеи внедрения в Российской Федерации обязательного медицинского страхования, как одного из видов социального страхования, с самого начала проходила в условиях изменяющейся окружающей реальности, причем изменяющейся по пути все большего разбалансирования между экономической и социальной системами общества. При этом в процессе проведения экономических реформ существенно снизился уровень социальной защищенности населения и значительно возрос риск утраты материальной обеспеченности граждан нашей страны, в том числе и при получении медицинских услуг.

Социально-экономический механизм социальной защиты граждан по охране здоровья - устойчивая система социально-экономического поведения социальных групп и их взаимодействие друг с другом, а также с государством на рынке медицинских услуг в условиях функционирования обязательного медицинского страхования по поводу производства, распределения, обмена и потребления медицинских услуг. Целью системы является удовлетворение конкретных общественных и индивидуальных потребностей по получению бесплатной, доступной, квалифицированной и качественной медицинской помощи.

Такая система регулируется социально-экономическим положением и сознанием социальных групп; нал у них общественных потребностей по гарантированному получению бесплатной, квалифицированной и качественной медицинской помощи; социальными институтами общества.

Постоянно снижающиеся показатели уровня здоровья населения напрямую связаны с изменениями социально-экономических условий жизни, локальными войнами, увеличением числа беженцев и вынужд переселенцев, ростом преступности. В результате стали доминировать четыре группы проблем, определяющих состояние здоровья населения:

1. Насильственные и неестественные причины смерти (убийства, самоубийства, дорожно-транспортные происшествия и проч.).
2. Заболевания, связанные с социально-бытовым неблагополучием (инфекции, венерические болезни, туберкулез, алкоголизм, наркомания).
3. Проблемы материнства и детства (младенческая смертность, материнская смертность, болезни беременных, нездоровые новорожденные и дети, аборт и другие).
4. Основные хронические болезни (психические расстройства, болезни системы кровообращения, болез органов дыхания и пищеварения).

Наряду с определенными положительными сдвигами, отдельные социальные проблемы стали представ серьезную опасность для социально-экономической стабильности общества:

Сложившийся достаточно высокий уровень бедности.

Появление значительного имущественного расслоения и дифференциации населения по доходам (социальная стратификация).

Снижение реального уровня основных для большей части населения видов доходов - заработной платы пенсий, пособий.

Рост задолженности по выплате заработной платы.

Значительный рост безработицы.

Недостаточный объем и нерегулярность финансирования отраслей социальной сферы.

Недостаточное ресурсное обеспечение объектов социальной сферы, в частности, предприятий при пере их в муниципальную собственность.

Переход к рыночной экономике существенно изменил социально-экономическую среду, вновь актуальнь стало понятие социального риска - риска материальной необеспеченности индивидуума из-за потери возможности участвовать в экономическом процессе.

В связи с этим в переходный период к рыночной экономике становится актуальной задача поиска компенсаторного механизма, который бы снизил негативные последствия ситуаций, связанных с возникновением этих рисков.

Таким социально-экономическим механизмом в этих условиях является социальное страхование, в част ОМС.

Для развития социального страхования, как одной из систем связи между экономической и социальной сферами общества, необходимы не только экономические условия (возвращение к рыночной экономике определенные социальные предпосылки, заключающиеся в осознании обществом возникающих перед н проблем по социальной защите работающих и членов их семей, а также в появлении организационного движения как снизу - осознание работающими необходимости создания страховой защиты, так и сверху принятие законодательных актов, направленных на решение этих проблем.

Обязательное медицинской страхование является одной из форм социального страхования каждого гражданина независимо от его социально-экономического положения и призвано обеспечить конституци государственные гарантии всему населению в оказании бесплатной медицинской помощи, так как в коне итоге именно в этом и заинтересовано общество.

Решить данную проблему на основе обычного для гражданско-правового страхования экономического

механизма не представляется возможным. Это связано с тем, что основным экономическим критерием для гражданско-правового страхования является следующий: размер страхового взноса тем больше, чем больше страховой риск. То есть, наибольшие страховые взносы должны платить те, кто чаще и длительнее болеет, как правило, дети, лица пожилого возраста, хронические больные и инвалиды. И если в обязательном медицинском страховании применять организационный, экономический и правовой механизмы гражданско-правового страхования, то именно лицами из этих категорий населения (либо за них) должен вноситься самый большой страховой взнос. Таким образом большая нагрузка возлагается или на бюджет малообеспеченных граждан, или на бюджет государства. Первое не соответствует принципу социальной справедливости, второе же может явиться непосильной нагрузкой для относительно слабых государств и муниципальных бюджетов. Кроме того, увеличение нагрузки на государственный или муниципальный бюджет не соответствует задаче обязательного медицинского страхования в России - найти дополнительные бюджетные источники, средства.

Можно сделать вывод - в условиях затянувшегося кризиса в стране внедрение системы ОМС было необходимо, прежде всего, чтобы компенсировать социальные гарантии государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи путем целенаправленного стимулирования и дифференцированного распределения финансовых средств.

Сегодня в системе обязательного медицинского страхования хорошо отлажен механизм сбора взносов в ОМС и оплаты медицинской помощи, оказываемой населению. Однако в системе отсутствуют два важных звена, формирующих здоровье людей - профилактика заболеваний и реабилитация после перенесенного заболевания. Если реабилитация после инсульта или инфаркта проводится, то почему бы не реабилитировать людей, перенесших пневмонию или тяжелые эмоциональные потрясения?

Здравоохранение достаточно затратная сфера. Дешевле заниматься профилактикой, не допускать более тяжелой реабилитации, отодвигая тем самым формирование хронических процессов или стойкой утраты трудоспособности (инвалидности). Переход от медицинского страхования к страхованию здоровья - это иная государственная политика в области обязательного страхования. Для ее реализации должен проводиться целый комплекс мер, как медицинского, так и немедицинского плана. Например, в него должны входить пропаганда и организация здорового образа жизни. Всем известна аксиома - если каждому человеку будет выгодно вести здоровый образ жизни, население в целом станет меньше болеть. Тем самым удастся достичь одной из главных целей страхования - снижение уровня заболеваемости, а также укрепление здоровья застрахованных.

Дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования, как составляющей части социального страхования, должно способствовать повышению уровня здоровья населения, улучшению финансирования здравоохранения и доступности медицинской помощи.

О задачах реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в 2001 -2005 годах и на период до 2010 года

Прошло около четырех лет с момента одобрения правительством Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации.

По времени реализации Концепция разделена на два этапа.

В течение первого этапа (1997-2000 годы) было предусмотрено осуществление мероприятий, изложенных в программе правительства "Структурная перестройка и экономический рост в 1997-2000 годах".

Основной задачей на этот период было принятие мер по обеспечению стабильной работы учреждений здравоохранения, увеличению размеров финансирования отрасли и повышению эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

В этих целях оказание медицинской помощи населению, начиная с 1998 года, должно было проводиться в рамках программ государственных гарантий.

В течение 1997-1999 годов требовалось провести реструктуризацию стационарной помощи с одновременным развитием амбулаторно-поликлинических учреждений и созданием в них дневных стационаров и стационаров на дому. Важным направлением этой работы являлось внедрение института общей врачебной практики.

С 1998 года предусматривалось ввести стандартизацию медицинских услуг, регламентацию обеспечения больниц и поликлиник лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой.

К 1999 году должна была быть выполнена работа по реорганизации и устранению дублирования в

деятельности федеральных учреждений здравоохранения, в том числе ведомственных.

Планировалось разработать и утвердить в 1997-1998 годах федеральные целевые программы по борьбе с туберкулезом и заболеваниями, передаваемыми половым путем, по развитию онкологической помощи населению, профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, по борьбе с курением, алкоголем и наркоманиями.

На втором этапе реализации Концепции (2001-2005 годы) требовалось осуществить целевые федеральные программы развития здравоохранения, реализация которых позволила бы создать основу для внедрения практики здравоохранения эффективных методов профилактики, диагностики и лечения болезней и обеспечить населению доступную квалифицированную и специализированную медицинскую помощь.

Планировалось завершить работы по структурной перестройке отрасли. В системе первичной медико-санитарной помощи основная роль должна быть отведена врачам общей практики. Необходимо было развивать межрайонные и межрегиональные клинические центры специализированной медицинской помощи, активно внедрять передвижные формы оказания медицинской помощи населению в сельской местности.

Планировалось формирование единой информационной системы мониторинга здоровья, создание телекоммуникационных связей между клиническими центрами и врачами общей (семейной) практики для консультирования пациентов и повышения профессиональных знаний медицинских работников.

Постановлением правительства был утвержден план мероприятий по реализации Концепции на 1997-1998 годы.

Из 14 пунктов мероприятий этого плана полностью и в срок выполнены 7:

подготовлен проект Федерального закона "О правах пациентов";

подготовлены и утверждены федеральные целевые программы "Неотложные меры по борьбе с туберкулезом";

введена система стандартизации в здравоохранении;

организованы и осуществляются закупки дорогостоящего оборудования и жизненно важных лекарственных средств;

подготовлены соглашения о разграничении полномочий в сфере здравоохранения между правительствами субъектами Федерации;

подготовлены документы об участии ведомственных учреждений здравоохранения в территориальных программах обязательного медицинского страхования;

подготовлена, утверждена и действует в течение трех лет Программа государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью;

Выполнены, но с нарушением сроков, 6 мероприятий:

подготовлен проект постановления правительства "О развитии федеральных научно-исследовательских учреждений";

подготовлены проекты федеральных целевых программ: "Онкология"; по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем; профилактики артериальных гипертензий;

подготовлен целый ряд документов по структурной перестройке отрасли.

Не выполнено одно мероприятие. Не подготовлен проект постановления правительства «Об использовании займов, средств, долговых обязательств для закупок лекарственных средств и медицинской техники». Контроль по выполнению данного мероприятия правительством был снят весной 1998 года в связи с тем, что правительством в то время была принята доктрина закупать за рубежом не готовую продукцию, а технику ее изготовления.

В соответствии с постановлением правительства, одобрившим Концепцию, Минздрав России выпустил 17 декабря 1997 года № 374 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации", которым установил отраслевой план мероприятий по реализации Концепции на период с 1998 до 2000 года. Из 75 мероприятий выполнено полностью 67, из них 13 мероприятий с

нарушением срока.

8 мероприятий остались не выполненными.

Не были выполнены мероприятия:

по разработке приказа Минздрава России "О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи

не разработаны проекты постановлений правительства "Об утверждении положений о лицензировании и сертификации санаторно-курортных учреждений" и "Об интеграции ведомственных санаторно-курортных учреждений в общую отрасль санитарно-курортного комплекса страны".

не разработана федеральная целевая программа по преодолению курения табака;

не разработан порядок обеспечения органов управления здравоохранением субъектов Федерации информацией о новых методиках и средствах медицинской профилактики, диагностики и лечения болезней

не разработаны методики определения потребности в специалистах отрасли и о взаимном признании дипломов о медицинском и фармацевтическом образовании в странах дальнего зарубежья.

Наиболее важные вопросы реализации Концепции были рассмотрены на итоговой коллегии Минздрава России 15 марта прошлого года, где были одобрены и приняты меры на 2000 год с учетом неполного выполнения планируемых мероприятий, выполнение которых позволило нам сформировать программу развития здравоохранения и медицинской науки в стране на 2001-2005 годы и на период до 2010 года.

В соответствии с решением данной коллегии в прошлом году подготовлены правительству предложения по реформированию здравоохранения без ведомственных разграничений.

Значительно активизирована работа с субъектами Федерации. При министре здравоохранения образован Совет по региональной политике. Введены должности представителей Минздрава в федеральных округах формируются в округах Координационные советы по проблемам здравоохранения.

В центральном аппарате Министерства и во многих органах управления здравоохранением субъектов Федерации образованы структуры, ведающие вопросами стратегического планирования и прогнозирования отраслевой стандартизацией, инновациями, медицинской профилактикой.

Продолжалась работа по формированию соглашений между Минздравом, Федеральным фондом ОМС и органами исполнительной власти территорий о совместной работе по выполнению территориальных программ госгарантий.

Обеспечено полное выполнение запланированных мероприятий по исполнению в 2000 году 8 действующих федеральных целевых программ. Подготовлены к внесению в правительство федеральные целевые программы "Онкология", профилактика артериальных гипертензий и заболеваний, передаваемых половым путем. Разработаны и утверждены отраслевые программы: "Общая врачебная практика" и "Развитие сестринского дела в стране".

Разработаны концепции охраны здоровья населения и охраны репродуктивного здоровья. Концепция охраны здоровья населения одобрена правительством.

Большая работа проведена по формированию законопроектов "О медико-социальном страховании" и о организационно-правовых формах медицинских организаций, рамки которых позволяют значительно повысить хозяйственную самостоятельность главных врачей.

Подготовлена концепция информационного обеспечения здравоохранения. Завершается работа над отраслевой программой "Развитие телемедицины в стране".

Вместе с тем следует отметить, что отдельные очень важные разделы Концепции выполняются крайне медленно.

Неоправданно затянулась в стране структурная перестройка видов и объемов медицинской помощи в части перевода части больных с госпитального этапа на амбулаторно-поликлинический уровень, создания дневных стационаров и стационаров на дому. По предварительным подсчетам в 2000 году только в 41 субъекте Федерации отмечалось увеличение объемов амбулаторно-поликлинической помощи и снижение стационарной. И это при том, что около 25% коечного фонда в 2000 году в стране простаивало.

Во многих территориях с явным нежеланием относятся к работе по внедрению общей врачебной практики

Продолжают иметь место многочисленные факты использования скорой медицинской помощи не по назначению (выполнение вызовов на дому вместо участковых терапевтов и педиатров, перевозка больных медперсоналом и др.). В 2000 году при среднероссийском показателе 316 вызовов на 1000 населения в 2 субъекте Федерации этот показатель составил 400 и более вызовов на 1000 населения. Например, в Республике Адыгея – 528, в Карачаево-черкесской Республике – 511, Эвенкии – 568, Магаданской области – 446, Ивановской области – 439, в Псковской – 440.

Несмотря на принимаемые меры, во многих субъектах Федерации плохо решаются проблемы с лекарственным обеспечением населения, особенно пользующегося правом льготного приобретения лекарств.

Закупки медикаментов, как правило, осуществляются не на конкурсной основе. Не налажен контроль за ценами на лекарства, отпускаемые льготникам.

Только в 41 субъекте Федерации при органах управления здравоохранением и в медицинских учреждениях образованы формулярные комитеты и комиссии, сформированы перечни необходимых и жизненно важных лекарственных средств.

Повсеместно не проводятся меры по предотвращению подкупа врачей аптеками и фармацевтическими фирмами.

Подготовленный группой видных ученых и организаторов здравоохранения план мероприятий по реализации Концепции на 2001-2005 годы и на период до 2010 года полностью увязан с правительственной программой социального и экономического развития Российской Федерации на 2001-2005 годы и на период до 2010

План сформирован исходя из имеющихся в здравоохранении страны проблем:

высокие показатели смертности, заболеваемости и инвалидности населения;

ухудшение показателей репродуктивного здоровья и здоровья новорожденных;

сокращение масштабов медицинской профилактики;

несбалансированность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения;

низкая эффективность использования имеющихся в здравоохранении ресурсов;

медленные темпы структурных преобразований в отрасли;

неудовлетворительная координация действий различных субъектов системы управления и финансирования здравоохранения;

недостаточное обеспечение населения и медицинских учреждений лекарственными средствами и медицинскими изделиями.

План мероприятий по реализации Концепции на 2001-2005 годы и на период до 2010 года состоит из десяти разделов, включающих в себя 116 мероприятий.

В период до 2005 года нам предстоит создать на федеральном и региональном уровнях эффективные системы координации различных государственных органов и организаций, что позволит осуществить программы развития системы здравоохранения страны.

Объединяющим усилием общества фактором в этом деле должен стать план мероприятий по реализации Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 года. Работу по формированию данного плана планируется завершить в текущем году.

В целях повышения уровня управляемости системой здравоохранения в 2001 году должна быть завершена работа по созданию в федеральных округах Координационных советов по здравоохранению. В субъектах Федерации необходимо организовать работу комиссий по охране здоровья граждан при главах органов исполнительной власти. Основой для их деятельности должны стать территориальные планы реализации Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2001-2005 годы период до 2010 года.

В предстоящие два года необходимо привести структуру органов управления здравоохранением в соответствие целям и задачам развития отрасли, предусмотрев создание, наряду с имеющимися, подразделений: стратегического планирования и прогнозирования, медицинской профилактики, стандартизации в здравоохранении, инноваций и инвестиций.

Большой комплекс мероприятий необходимо осуществить в области развития нормативно-правовой баз здравоохранения. Уже в следующем году нам предстоит разработать и утвердить Концепцию совершенствования законодательства в области здравоохранения и перспективный план разработки законопроектов.

Крупномасштабным действием станет для нас создание в стране, начиная с 2003 года, системы медико-социального страхования, что позволит повысить уровень социальной защиты граждан за счет осуществления перехода от принципа медицинского страхования к принципам страхования здоровья населения.

Введение медико-социального страхования позволит решить самую сложную проблему здравоохранения - выравнивание финансовых условий реализации территориальных программ государственных гарантий. Кроме этого появится возможность централизованных взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным независимо от места проживания. При этом решается проблема финансирования территориальных учреждений здравоохранения за оказываемые ими дорогостоящие виды медицинской помощи. Повысится ответственность врачей в вопросах выбора наиболее рациональных технологий медицинской профилактики, диагностики и лечения, проведения экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности.

Важное место в вопросах развития здравоохранения занимает решение проблем анализа состояния здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения. В этих целях предусматривается упорядочить систему ведомственного статистического наблюдения. Создать правовую основу для введения новых организационно-правовых форм медицинских некоммерческих организаций, способных осуществлять самостоятельную хозяйственную деятельность.

Важным аспектом в нашей работе является активное привлечение к решению проблем здравоохранения широкой медицинской общественности. К сожалению, имеющиеся медицинские общественные организации раздроблены, малочисленны, за исключением Российской медицинской ассоциации. Всего в стране зарегистрировано 96 общественных медицинских организаций, действующих на федеральном и региональном уровнях, при этом между собой никак не взаимодействующих. В связи с этим в стране необходима создание единой врачебной организации (Всероссийской врачебной палаты), которая могла бы самостоятельно решать вопросы последипломного образования врачей, улучшения качества медицинской помощи, активно участвовать в реализации мер по развитию здравоохранения.

Требуют неотложного решения вопросы в области повышения структурной эффективности системы здравоохранения.

В данном разделе предусматривается осуществление мероприятий по обновлению производственных фондов медицинских учреждений, на основе стандартизации фондооснащенности различных типов медицинских учреждений, регулирования норм износа и порядка применения норм ускоренной амортизации активной части основных фондов. Повышению эффективности капитальных расходов на здравоохранение нормативному установлению процедуры планирования и проведения экспертизы проектов реконструкции капитального строительства.

В течение ближайших трех лет необходимо повсеместно перейти на подушевой принцип планирования финансирования здравоохранения, а также ввести оплату за оказанную медицинскую помощь на основе конкретных объемов и качества выполненных работ.

В период до 2005 года предусматривается развитие системы управления качеством медицинской помощи основанной на стандартизации и доказательной медицине, что требует разработать методические материалы по:

организации управления качеством медицинской помощи;

оценке качества медицинской помощи;

анализу и контролю за врачебными ошибками;

обеспечению взаимосвязи процессов аккредитации, лицензирования и качества медицинской помощи.

В 2002 году планируется разработать и утвердить государственную программу управления качеством медицинской помощи.

Массу нареканий вызывает действующая в стране система оплаты труда медицинских работников, основанная на единой тарифной сетке.

В этой связи нам необходимо в 2002 году разработать и внести на утверждение в правительство новый порядок нормирования и оплаты труда, основанный на почасовой, повременной и контрактной формах.

В области развития служб здравоохранения нам необходимо к 2005 году полностью завершить структур перестройку здравоохранения, установив следующее соотношение финансовых затрат:

госпитальная помощь – 50%,

амбулаторно-поликлиническая помощь – 40%,

скорая медицинская помощь – 7-10%.

Большая и кропотливая работа предстоит по организации амбулаторной помощи по принципу врача общи практики. К 2006 году планируется создание в стране около 10 тысяч общих врачебных практик, а к 2010 необходимо обеспечить повсеместный переход к системе врача общей практики и создать в стране 20-2 тысяч общих врачебных практик.

Предусматривается разработка программ развития стационарной, амбулаторной и скорой медицинской помощи, развитие здравоохранения села. Создание организационных и финансовых механизмов обеспечения деятельности врачей общей практики.

Необходимо выполнить комплекс мероприятий по развитию службы восстановительного лечения и медицинской реабилитации, обратив особое внимание на развитие санаторно-курортных учреждений.

В период 2001-2005 годов должна быть выполнена работа по внедрению клинических протоколов ведения больных, технологий выполнения медицинских услуг.

Большие и ответственные задачи ставятся в области решения проблем охраны материнства и детства. связи с этим намечается целый комплекс мероприятий по улучшению материальной базы учреждений здравоохранения охраны здоровья матери и детей. В ближайшее время будет завершена работа по формированию федеральной целевой программы "Здоровый ребенок". Завершается разработка проект постановления правительства "О неотложном плане действий по улучшению положения женщин и детей Российской Федерации".

Начиная с 2003 года планируется введение в стране семейной диспансеризации.

Основополагающее место в развитии здравоохранения на предстоящий период занимают задачи в области профилактики заболеваний и, прежде всего, значительного улучшения гигиенического просвещения населения. В ближайшие два года требуется сформировать целую систему гигиенического просвещения населения, начиная с раннего детского возраста, и заканчивая в коллективах пожилых людей.

По сути, к 2005 году в стране необходимо создать основу формирования системы самооздоровления населения, включающую в себя:

медицинские учреждения по контролю за здоровьем людей;

медицинские учреждения, укрепляющие здоровье на основе медицинских технологий;

организации физической культуры и туризма;

производство и реализация населению средств, укрепляющих здоровье;

обучение населения вопросам самолечения и самоконтроля за состоянием здоровья;

создание условий для самооздоровления в домашних условиях и на работе.

В 2002-2003 годах планируется разработать и утвердить программы по борьбе с табакокурением и наркоманиями.

Намечен ряд мероприятий по усилению санитарно-эпидемиологического надзора, укреплению материальной базы санитарно-противоэпидемической службы.

Важное место в решении проблем развития отечественного здравоохранения отводится решению сложных задач в области кадровой политики, основные положения которой многие годы не пересматривались и отстали от требований сегодняшнего дня.

Срочного решения требуют проблемы прогнозирования потребности в медицинских кадрах и совершенствования планирования их подготовки, улучшения социальной защиты работников здравоохранения.

В целях реализации этих важных задач планируется разработать и утвердить государственную доктрину кадровой политики в здравоохранении. Разработать Концепцию интеллектуализации системы здравоохранения и развития творческих способностей медицинских работников.

Необходимо внести существенные коррективы в формирование государственного заказа на подготовку и переподготовку специалистов, основанную на реальных потребностях и гарантийных обязательствах трудоустройства выпускников в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения.

Основное место в решении задач развития медицинской науки в стране отводится решению двух основополагающих требований:

укрепление материально-технической базы научно-исследовательских учреждений;

создание реального механизма скорейшего внедрения результатов научных исследований в практику здравоохранения.

Для решения данных проблем в период до 2005 года планируется разработать и утвердить государственную программу развития материально-технической базы медицинской науки. Сформулировать положение о государственном заказе на научные разработки. Закрепить при научно-исследовательских институтах конкретные государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и на договорной основе внедрять в них научные разработки с последующим тиражированием технологий в остальные медицинские учреждения страны.

Множество нерешенных проблем требуется решить в области лекарственного обеспечения.

Прежде всего, в ближайшее время необходимо повсеместно распространить технологии формирования заявок и планы лечения с обязательным использованием фармакоэкономических методик. В течение 2004 года необходимо в каждом органе управления здравоохранением, в каждой больнице и поликлинике образовать формулярные комитеты и комиссии.

В свою очередь Минздрав России будет ежегодно выпускать федеральные руководства для врачей по рациональному назначению лекарственных средств, формировать перечни жизненно важных и необходимых лекарственных средств.

В ближайшее время в правительство для утверждения будет внесен проект постановления "О государственной системе обеспечения населения лекарственными средствами", принятие которого окажет существенную помощь экономически депрессивным территориям в обеспечении медикаментами, и особо малоимущего населения. В субъектах Федерации требуется завершить работу по внедрению системы персонализированного учета и отпуска лекарств на льготной основе.

Определен целый ряд мероприятий по усилению контроля за качеством лекарственных препаратов при производстве и реализации.

Настало время всерьез взяться за решение проблем информатизации здравоохранения. Без их решения в ближайшем будущем мы будем не только не способны развивать здравоохранение, но и даже понимать друга.

В плане мероприятий намечено в ближайшие два года создать информационно-аналитические центры в органах управления здравоохранением в каждом субъекте Федерации. Создать федеральный научно-аналитический центр стратегических проблем в здравоохранении.

Предстоит сформировать единые программные продукты по основным направлениям деятельности в здравоохранении. Внедрить систему электронного документооборота на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

В текущем году должна быть разработана и утверждена Концепция развития телемедицины в здравоохранении страны.

В 2002-2003 годах необходимо развернуть крупномасштабную работу по внедрению единой общероссийской информационной системы "Электронный паспорт пациента".

Выполнение плана мероприятий по реализации Концепции позволит к 2010 году сформировать систему здравоохранения страны, способную по своим возможностям к быстрому внедрению и реализации современных мировых технологий.

Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России

Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось еще в XVIII начале XIX вв., когда на возникших первых капиталистических предприятиях появились первые кассы взаимопомощи. Сами рабочие стали создавать за свой счет (без участия работодателей) общества взаимопомощи - предшественников больничных касс. Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт-Петербурге.

Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов.

1 этап. С марта 1861 по июнь 1903 года

В 1861 г. был принят первый законодательный акт, введивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах - вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача сс. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2-3 процентов заработной платы). В 1866 г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Закону к работодателям владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих.

Открывшиеся в 70-80-е годы XIX в. на крупных заводах больницы были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся в медицинской помощи. В целом медицинская помощь фабрично-заводским рабочим была крайне неудовлетворительной.

2 этап. С июня 1903 - по июнь 1912 года

Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел принятый в 1903 г. Закон "О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности. По данному Закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать вознаграждения потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.

3 этап. С июня 1912 по июль 1917 года

В 1912 г. III Государственной Думой было сделано немало для социального обновления страны, в том числе 23.06.1912 г. был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев.

В декабре 1912 г. был учрежден Совет по делам страхования. В январе 1913 г. в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования. С июня-июля 1913 г. были созданы больничные кассы на многих территориях Российской Империи. В январе 1914 г. начали появляться страховые товарищества для обеспечения рабочих при несчастных случаях.

По Закону 1912 г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы четырех видах:

Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях.

Амбулаторное лечение.

Родовспоможение.

Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

4 этап. С июля 1917 по октябрь 1917 года

После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования (Новелла от 25.07.1917 г.), включающие следующие основные концептуальные положения:

Расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одновременно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных).

Предоставление права больничным кассам объединяться, при необходимости, в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы).

Повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек.

Полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей. Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьезно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г.

5 этап. С октября 1917 по ноябрь 1921 года

Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России "полного социального страхования". Основные положения Декларации были следующие:

распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;

распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы);

возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство;

возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы.

Проводимые Советским правительством реформы способствовали осуществлению полного социального страхования на началах полной централизации.

Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздравовской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31.10.1918г., которым было утверждено "Положение о социальном обеспечении трудящихся". В новом Положении термин "страхование" был заменен на термин "обеспечение". Это соответствовало концепции Советского правительства о том, что через год после Октябрьской революции капитализм уже ликвидирован и Россия стала "социалистической" и, следовательно, капиталистический институт социального страхования должен был уступить свое место социалистическому институту социального обеспечения. Содержание Декрета от 31.10.1918 г. полностью этому соответствовало.

19.02.1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет "О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения", в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах.

Таким образом, этим Декретом кассовая медицина упразднялась. Результаты такой реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизился уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д.

6 этап. С ноября 1921 по 1929 год

С 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика (НЭП), и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за период с 1921 по 1929 г.

15.11.1921 г. издается Декрет "О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом", в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности. Для организации социального страхования на случай болезни были установле-

страховые взносы, ставки которых определялись Советом Народных Комиссаров и дифференцировали зависимости от числа занятых на предприятии лиц и условий труда.

Впервые этим Декретом устанавливался порядок взимания взносов, при этом основными сборщиками с комиссии по охране труда и социального обеспечения. По Постановлению Совета Народных Комиссаров 19 ст. 124 от 23.03.1926 г. из всех средств социального страхования образовывались следующие операционные фонды:

Фонды, находящиеся в непосредственном распоряжении органов социального страхования.

Фонды медицинской помощи застрахованным (ФМПЗ), находящиеся в распоряжении органов здравоохранения (см. рис.)

Структура фондов медицинской помощи застрахованным в период с 1922 по 1929 г.

7 этап. С 1929 по июнь 1991 года

Этот этап можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья.

8 этап. С июня 1991 года по настоящее время

И лишь с принятием Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г. мы начали говорить о новом этапе в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране.

Участники системы ОМС

Участниками системы ОМС являются:

Застрахованные (потребители медицинских услуг),

Медицинские учреждения (исполнители медицинских услуг),

Страхователи (те, кто платит),

Страховщики (страховые медицинские организации),

Территориальный фонд ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования - это самостоятельное государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, которое аккумулирует страховые взносы и платежи, созданное для обеспечения финансовой стабильности, гарантии всеобщности государственной системы ОМС. Таким образом, территориальный ФОМС осуществляет финансирование в системе ОМС и организует контроль за объемом и качеством медицинского обслуживания.

Страховщик (страховая медицинская организация или компания) - это организация, которая проводит страхование и ведает вопросами накопления и расходования страховых средств.

Страховая медицинская организация

проводит расчеты и оплачивает медицинские услуги лечебно-профилактических учреждений,

реализует непосредственный контроль за объемом и качеством медицинского обслуживания,

защищает права и интересы своих клиентов,

обеспечивает выдачу и учет страховых полисов.

Страхователь в системе ОМС - это юридическое или физическое лицо, которое осуществляет в установленном порядке страховые взносы в МГФОМС. При этом страхователем для работающего населен является работодатель (предприятие, учреждение, организация, где работают эти люди), для неработающего - местная администрация, которая осуществляет платежи в территориальный ФОМС из местного бюджета.

Исполнители медицинских услуг (медицинские учреждения) - это поликлиники, стационары, НИИ и другие лечебно-профилактические учреждения, которые оказывают медицинскую помощь населению вне зависимости от формы их собственности. Обязательным условием для работы медицинского учреждения в системе ОМС является наличие лицензии - государственного разрешения на оказание медицинской помощи.

Более высокий уровень медицинской помощи застрахованным по сравнению с ОМС, обеспечивается Добровольным медицинским страхованием (ДМС), гарантирующим предоставление медицинских услуг, объем и уровень оказания которых человек может выбирать сам. Но оплата в данном случае идет в соответствии со специальными тарифами.

Концепция модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Проект по состоянию на 20.03.2000.

Введение

Основным способом решения проблемы адаптации бюджетной модели здравоохранения к условиям рыночной экономики является институт медицинского страхования.

Введение страхового механизма мобилизации дополнительных ресурсов в бюджетную модель здравоохранения в виде обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) в начале 90-х годов происходило в условиях экономического спада и стагнации экономики страны. В целом это привело к тому, что данная система практически не выполнила свою основную функцию, в лучшем случае данные средства оказались бюджетозамещающими.

Не оправдались также надежды, что введение системы страхования позволит в короткие сроки повысить эффективность системы здравоохранения за счет конкуренции между медицинскими организациями. Это обусловлено тем, что исторически сеть учреждений здравоохранения формировалась на основе принципа построения системы по уровням предоставления медицинской помощи и исключения дублирования.

Опыт Российской Федерации, а также международный опыт подтверждает, что введение страховых механизмов, в частности, ОМС, в неподготовленную и неэффективную систему здравоохранения не позволяет в полной мере реализовать преимущества страховых принципов организации финансирования здравоохранения. В результате за 10 лет в здравоохранении сохранились прежние принципы организации предоставления медицинской помощи и содержания сети медицинских учреждений при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами.

Вялотекущий характер реформ обусловлен в том числе и длительным периодом осознания необходимости перехода от принципа всеобщей доступности бесплатного получения медицинской помощи к принципу предоставления медицинской помощи определенного уровня и объема, обеспеченной при этом конкретным источником финансирования. Прогрессивные страховые механизмы финансирования здравоохранения при консервативных способах управления здравоохранением не могут реализоваться.

Поэтому реформирование системы ОМС на современном этапе возможно только в контексте системных изменений в здравоохранении, основные направления которых определены Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки, одобренной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387.

Вместе с тем, реализация страховых принципов уже сформировала новые методы медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи, формализованные, в частности, в систему вневедомственного контроля качества медицинской помощи в противовес традиционной системе исключительно ведомственного контроля, существовавшей многие десятилетия в здравоохранении. Особенно важно отметить, что введение страхования способствовало созданию института прав пациента потребителя медицинской помощи. Как социальный институт система ОМС обеспечивает большую прозрачность финансовых потоков в здравоохранении.

Следует отметить, что в соответствии с нормами статьи 72 Конституции Российской Федерации в совмещении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находится только координация вопросов здравоохранения, т.е. основную ответственность за предоставление населению бесплатной медицинской помощи несут органы государственной власти субъектов Российской Федерации и, в силу прямого указания частей 1 и 2 статьи 41 Конституции Российской Федерации, органы местного самоуправления.

В соответствии с Посланиями Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации от 19 апреля 2002 года и от 4 апреля 2001 года необходимо осуществить завершение перехо- страховому принципу оплаты медицинской помощи, что предполагает устранение имеющихся в обязатель- медицинском страховании недостатков, в том числе пробелов в законодательном регулировании.

Структура органов управления обязательным медицинским страхованием аналогична структуре органов управления здравоохранением в системе органов государственной власти Российской Федерации, построенной на принципах федерализма. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждаемая Правительством Российской Федерации, содержит виды и объемы медицинской помощи. Она является основой для утверждения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи, содержащих территориальные программы обязательного медицинского страхования. Это соответствует конституционному положению о нахождении вопросов здравоохранения в совместном ве Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Поэтому проводить изменения организацио- структуры системы ОМС на данном этапе нецелесообразно.

Доминирующим принципом формирования ОМС должна стать сбалансированность доходов и расходов. Реализация страховых принципов мобилизации ресурсов на нужды отрасли должна сопровождаться постепенным замещением финансовых средств, поступающих из других источников, в первую очередь бюджетов всех уровней, средствами, направляемыми страховыми организациями в лечебно- профилактические учреждения за предоставленную медицинскую помощь.

Таким образом, в настоящее время необходимо провести модернизацию ОМС, сконцентрировав основн усилия на достижении сбалансированности ресурсов и обязательств системы, а также создать условия и предпосылки реформирования здравоохранения.

Основное содержание модернизации системы ОМС и условий ее осуществления

Целью модернизации ОМС является обеспечение условий устойчивого финансирования медицинских организаций для предоставления населению бесплатной медицинской помощи в рамках базовой програ ОМС.

Для достижения поставленной цели необходимо последовательно решить следующие задачи:

обеспечение сбалансированности доходов системы ОМС и ее обязательств по предоставлению гарантированной медицинской помощи застрахованным гражданам;

обеспечение эффективных механизмов целевого и рационального использования средств всеми субъек- системы ОМС;

устранение недостатков, накопившихся в системе за период ее существования;

гармонизация правовых и организационно-экономических механизмов взаимодействия обязательного медицинского страхования, здравоохранения и граждан.

1. Модернизация системы финансирования включает расширение и укрепление финансовой бази ОМС.

Для решения этой задачи необходимо осуществить следующее.

1.1. Разработать новые подходы к формированию Программы государственных гарантий оказания граж бесплатной медицинской помощи

С 1998 года в Российской Федерации реализуется Программа государственных гарантий оказания граж Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Данная Программа разрабатывается с целью:

создания единого механизма реализации конституционного права граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи гарантированного объема и качества за счет всех источник финансирования;

обеспечения сбалансированности обязательств государства по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи и выделенных для этого финансовых средств;

повышения эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения.

Разработка и последующая реализация Программы государственных гарантий являются достаточно действенным механизмом планирования структуры и объемов медицинской помощи и необходимых финансовых ресурсов на ее предоставление. Вместе с тем, используемые в процессе планирования показатели (посещения и койко-дни по видам медицинской помощи) не позволяют установить реальную взаимосвязь между объемами медицинской помощи и финансовыми показателями, способами оплаты. Имеющиеся данные о структуре расходов на здравоохранение, составе и объеме оказываемой помощи состоянии здоровья населения приводят к выводу, что выделяемые на нужды здравоохранения государственные средства расходуются недостаточно эффективно.

Для того чтобы оптимизировать распределение ресурсов государственного здравоохранения необходимо выделить приоритетные направления использования имеющихся средств. Приоритеты должны устанавливаться таким образом, чтобы государственные ресурсы способствовали улучшению состояния здоровья населения в целом за счет использования максимально эффективных видов медицинской помощи с точки зрения укрепления общественного здоровья на единицу затрат. С этой целью необходимо разработать согласованный набор критериев для выбора приоритетов в предоставлении медицинской помощи. В действующей Программе государственных гарантий подобного рода приоритетом является пока только внедрение и ежегодное увеличение объемов стационарозамещающих видов помощи. Однако этот подход нуждается в дальнейшем развитии и конкретизации.

Таким образом, в настоящее время следует скорректировать подходы к формированию Программы государственных гарантий и на основе установления четких приоритетов в развитии здравоохранения сделать Программу реальным инструментом обеспечения эффективности и равенства в получении медицинской помощи.

Порядок формирования Программы государственных гарантий должен включать:

1. Определение приоритетов (по видам медицинской помощи);
2. Формирование нормативов подушевого финансирования по категориям граждан в региональном разрезе;
3. Определение принципов софинансирования программных мероприятий из различных источников (средств ОМС, бюджетные средства и т.д.);
4. Формирование нормативов объемов медицинской помощи и необходимого для их предоставления ресурсного обеспечения (например, установление нормативов средней длительности лечения по видам заболеваний с учетом интенсивности лечебно-диагностического процесса, норм обеспеченности дорогостоящими видами помощи и т.п.).

Программа государственных гарантий должна иметь четкие границы и финансовые обязательства с тем чтобы обеспечить практическую реализацию государственного мандата на получение бесплатной помощи.

1.2. Разработать механизмы, стимулирующие субъекты Российской Федерации к полному выполнению обязательств страхователя по ОМС неработающего населения, проживающего на территории данного субъекта

В существующей системе ОМС не решена проблема перечисления из бюджетов субъектов Российской Федерации взносов на страхование неработающего населения. В рамках действующего законодательства отсутствуют механизмы экономического стимулирования субъектов Российской Федерации на осуществление указанных платежей в полном объеме.

Значительная часть бюджетных средств поступает в здравоохранение, минуя каналы ОМС, что затрудняет финансовое планирование, сдерживает использование методов оплаты за конечный результат. В условиях децентрализации управления и формирования средств ОМС каждая территория стремится построить собственную систему оказания медицинской помощи, создавая весь набор специализированных служб, приобретая для этого дорогостоящую медицинскую технику.

Отсутствуют действенные механизмы выравнивания условий финансирования здравоохранения как по отдельным субъектам Российской Федерации, так и в пределах каждого из них.

Кроме того, ограничены возможности для взаиморасчетов территорий за медицинскую помощь, оказываемую за пределами места проживания больного.

В рамках реформы системы ОМС представляется возможным решать эти проблемы через механизм заключения соглашений субъектов Российской Федерации с Федеральным фондом ОМС, территориальными

фондами ОМС, Пенсионным фондом России, Минфином России и Минздравом России об обязательном медицинском страховании неработающих граждан в объеме, исчисленном на основе подушевых нормативов взносов и фактической численности неработающего населения в регионе. В случае отсутствия вышеуказанного соглашения, за субъектами Российской Федерации сохраняется обязанность обеспечить ОМС неработающего населения, однако порядок его осуществления определяется органами государственной власти субъекта Российской Федерации самостоятельно.

Проблемы финансирования медицинской помощи предоставленной гражданам временно находящимся на территории другого субъекта Российской Федерации решаются через активизацию разработанной системы взаиморасчетов между территориальными фондами ОМС.

Введение законодательных ограничений по ОМС неработающего населения в субъектах Российской Федерации, не заключивших многосторонние соглашения, не нарушает конституционных прав этой категории граждан на получение бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения, а только предусматривает осуществление оплаты медицинской помощи предоставляемой незастрахованной части населения через другие механизмы (бюджетное финансирование учреждений здравоохранения и др.).

1.3. Изыскать источник увеличения объема финансирования системы ОМС

ОМС неработающих граждан или решение другим способом вопроса предоставления им медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения на бесплатной основе остаётся законодательно определенной обязанностью субъектов Российской Федерации.

Учитывая возможности Пенсионного фонда Российской Федерации в направлении части средств в систему ОМС, на этапе отработки модели возможно направление части средств Пенсионного фонда Российской Федерации на софинансирование ОМС неработающих пенсионеров в отдельных регионах Российской Федерации. Порядок софинансирования в 2003 г. определяется постановлением Правительства Российской Федерации.

С момента введения в действие положений нового закона (2004 г.) дополнительным источником финансирования территориальных программ ОМС должен стать федеральный бюджет. Федеральный бюджет осуществляет софинансирование взносов за неработающее население в субъектах Российской Федерации присоединившихся к соглашению.

Установление нормативов софинансирования платежей на ОМС неработающего населения субъектов Российской Федерации, которые включаются в систему ОМС неработающего населения в рамках многосторонних соглашений, из федерального бюджета осуществляется постановлением Правительства Российской Федерации.

1.4. Обеспечить формирование финансовых резервов, способных эффективно обеспечить выравнивание условий финансирования программ ОМС в субъектах Российской Федерации.

Изучение возможностей и перспектив централизации средств системы ОМС в Федеральном фонде ОМС показало, что при централизации средств единого социального налога в объеме 1,8 процентных пункта ФОМС способен обеспечить выравнивание условий финансирования базовой программы ОМС во всех субъектах Российской Федерации и уже с 2007 г. полностью обеспечить покрытие дефицита территориальных программ ОМС во всех субъектах Российской Федерации.

С учетом решения проблемы финансового обеспечения программы ОМС и постепенного увеличения профицита, возможно поставить вопрос о снижении эффективной ставки единого социального налога, зачисляемого в фонды ОМС.

Разработка и последующая реализация этих механизмов потребует внесения соответствующих дополнительных изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации и Налоговый кодекс Российской Федерации.

2. Формирование механизмов эффективного расходования средств ОМС, в том числе принятие положений, предусматривающих обязанность страховщиков выбирать медицинские организации предоставляющие медицинскую помощь, в которых оптимально сочетаются критерии цены и качества

Для обеспечения целевого расходования средств ОМС страховыми медицинскими организациями необходимо изменить правовой режим средств ОМС, передаваемых страховым медицинским организациям.

В настоящее время разграничение данных средств в действующем законодательстве производится не на основании установления специального материально-правового режима указанных средств, а на основании бухгалтерско-учетного режима. Так, например, ни одна норма не содержит запрета на объединение и

совместное использование средств страховых взносов на обязательное и добровольное медицинское страхование на одном расчетном счете в банке.

Подобное положение существенно затрудняет осуществление эффективного контроля за целевым и рациональным использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями.

3. Определение единого порядка движения финансовых средств в системе ОМС, предполагающее разработку и внедрение новых договорных отношений со страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, использование унифицированных способов оплаты медицинской помощи, которые должны играть роль финансовых нормативов, формирующих доходную базу организаций, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, за счет государственных источников финансирования

В настоящее время оплата медицинской помощи, оказываемой в рамках программы ОМС, осуществляется двух источников – средств ОМС и средств бюджета. При этом значительная часть бюджетных ассигновок поступает в медицинские организации, минуя фонды ОМС. В результате стимулы к эффективной деятельности на уровне медицинской организации оказываются разнонаправленными. В рамках бюджетного финансирования предпочтительной является стратегия наращивания ресурсного потенциала в силу использования в качестве финансово-образующих показателей число коек и посещений, в то время как система ОМС использует показатели, ориентирующие на конечные результаты деятельности – объемы качества медицинской помощи. Поэтому необходимо добиться формирования единого источника с тем, оплата медицинской помощи осуществлялась по единым правилам для создания предпосылок эффективного хозяйствования, нацеленного на предоставление качественной медицинской помощи.

Одним из наиболее действенных механизмов оптимизации объемов и структуры оказываемой медицинской помощи являются способы ее оплаты. Унифицированные и персонифицированные способы оплаты могут изменить сохраняющуюся до сих пор тенденцию развития здравоохранения по экстенсивному типу, сформировать оптимальные пропорции между разделами здравоохранения, службами, врачебными специальностями, уровнями иерархии организации медицинской помощи.

Необходимо предусмотреть и повышение требований к страховым медицинским организациям, включая выполнение обязательств по обеспечению равной доступности граждан к получению медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, наличие операционного плана деятельности, обеспечение прозрачности финансовых потоков, доступности информации и рациональное использование ресурсов системы ОМС.

С целью предотвращения значительных незапланированных затрат необходимо определить подходы к страхованию профессиональной ответственности медицинских работников и ответственности медицинской организации за причиненный ущерб пациентам.

4. Расширение организационно-правовых форм в здравоохранении как условие модернизации ОМС

Основной предпосылкой модернизации ОМС является реформирование здравоохранения, поскольку финансовые механизмы не могут стать действенными в старой системе экономических отношений по организации медицинской помощи.

Реформирование и реструктуризация системы здравоохранения должны базироваться на расширении организационно-правовых форм организаций, предоставляющих лечебно-профилактическую помощь. Для этого необходимо законодательно установить новые организационно-правовые формы и внести соответствующие поправки в законодательство, регулирующие имущественные, налоговые, трудовые и другие организационно-экономические отношения.

В настоящее время подавляющее число (98%) медицинских организаций существует в организационно-правовой форме «учреждение», которая предполагает:

выполнение установленных собственником управленческих, социальных и медицинских функций некоммерческого характера;

полное или частичное финансирование собственником и установление им обязательных для выполнения заданий;

закрепление за учреждением имущества на праве оперативного управления;

субсидиарную ответственность собственника по обязательствам учреждения.

В силу характера своей деятельности и возложенных на них функций значительное число медицинских организаций должны продолжать свою деятельность в рамках данной организационно-правовой формы

Основным источником их финансирования остаются бюджеты различного уровня, и им должна быть предоставлена возможность работать в системе ОМС.

Однако форма учреждения для организаций здравоохранения не должна рассматриваться в качестве единственно возможной в силу присущих данной форме недостатков, прежде всего невозможности эффективного хозяйствования, приводящих к сохранению нерациональной сети лечебно-профилактических учреждений, неэффективному размещению и использованию материальных, трудовых и финансовых ресурсов, снижению качества и доступности медицинской помощи, развитию теневого рынка медицинских услуг.

Используемый для учреждений сметный порядок финансирования препятствует внедрению новых хозяйственных механизмов в здравоохранении.

В качестве основной альтернативы учреждению может рассматриваться форма специализированной государственной или муниципальной некоммерческой организации. Основными характерными чертами организации должны стать:

высокая степень самостоятельности и ответственности по своим обязательствам;

заинтересованность в оказании пациентам медицинской помощи высокого качества и необходимого объ-

имущественное право, при котором сохраняется право собственности государства (муниципального образования) на ее недвижимое имущество и обеспечивается контроль собственника за ним;

обязанность организации по выполнению заказа собственника с гарантированным получением средств и реализацию;

прозрачность деятельности и участие представителей общественности и пациентов в управлении организацией.

Источниками финансирования данной организации могут являться средства ОМС, бюджетов различного уровня, доходы от предоставления платных медицинских услуг, иные внебюджетные источники, включая добровольное медицинское страхование.

Частные медицинские организации должны также получить свое дальнейшее развитие и сохранить возможность участия в системе ОМС, однако основная сфера их деятельности - предоставление населению платных медицинских услуг и осуществление добровольного медицинского страхования.

Ряд медицинских организаций, выполняющих специальные функции по представлению услуг общественному здравоохранению и надзорные функции, должен сохранить форму учреждения (например, учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы, психиатрической службы, дома ребенка, центры борьбы со СПИДом и т.п.).

Процесс перехода к новым организационно-правовым формам должен носить эволюционный характер, поскольку предстоит проделать значительный объем работы по подготовке и внесению изменений в федеральное и отраслевое законодательство, реформированию форм и методов государственной, ведомственной, финансовой статистики и отчетности, определению критериев и правил установления заданий учредителя на предоставление лечебно-профилактических услуг, а также определению критериев целесообразности изменения организационно-правовых форм медицинских организаций.

Для отработки эффективных организационно-правовых форм следует провести эксперимент на уровне субъектов Российской Федерации.

5. Установление порядка расходования финансовых средств ОМС медицинскими организациями различных категорий и контроля за расходованием средств ОМС

По мере развития реформ будут решаться задачи, связанные с расширением участия населения в системе ОМС. С целью повышения уровня доходов системы ОМС и обеспечения общественного контроля за расходованием ресурсов функции страхователя должен выполнять каждый работающий. Развитие этой системы осуществляется поэтапно в соответствии с ростом доходов различных групп населения.

При этом возрастание доли финансового участия населения должно сопровождаться увеличением возможностей потребительского выбора, что приведет к развитию сектора общественно-экономических отношений, связанного с формированием экономически мотивированного потребителя лечебно-профилактической помощи, осознающего ответственность за сохранение своего здоровья и свой потребительский выбор. Кроме того, развитие системы страхования должно сопровождаться мерами,

позволяющими исключить неформальные платежи от пациентов медицинским работникам, включая изменение системы оплаты труда работников здравоохранения и т.п.

Предусматривается создание порядка осуществления Пенсионным фондом Российской Федерации контроля за обоснованностью расходования денежных средств в системе ОМС в 2003 году.

6. Информационно-методическое обеспечение функционирования системы ОМС

Информационное и нормативно-методическое обеспечение системы ОМС включает в себя:

- а) стандарты оказания медицинской помощи (устанавливаются Минздравом России);
- б) методику ценообразования и порядок взаиморасчетов за оказанную медицинскую помощь (утверждается Правительством Российской Федерации, разрабатывается Минздравом России совместно с Минэкономразвития России и Минфином России);
- в) правила оценки качества медицинской помощи (устанавливается Минздравом России);
- г) порядок лицензирования медицинской деятельности (Минздрав России);
- д) информацию о бюджетных источниках финансирования учреждений здравоохранения, участвующих в системе ОМС (собирается Минздравом России и представляется в Минфин России);
- е) получение и проверку счетов за предоставление медицинской помощи, поступающих от лечебно-профилактических учреждений (осуществляют страховые компании и территориальные фонды ОМС);
- ж) разработку системы персонализированного учета застрахованных в рамках ОМС и ведение сводного регистра застрахованных (осуществляется Пенсионным фондом Российской Федерации). На основе суммарных данных о выборе гражданами страховых организаций Пенсионный фонд Российской Федерации представляет Федеральному фонду ОМС в территориальном разрезе информацию, необходимую для определения объема средств, которые необходимо направить в страховые организации. В пределах своих полномочий Пенсионный фонд Российской Федерации и территориальные фонды ОМС осуществляют текущий контроль за использованием средств ОМС в субъектах Российской Федерации и выборочный контроль за оказанием медицинской помощи застрахованным;
- з) с согласия застрахованных лиц, ведение итоговых (годовых) лицевого счетов, содержащих агрегированные сведения об оказании медицинской помощи и ее стоимости по итогам года, а также ежегодная рассылка выписок из указанных счетов застрахованным лицам (осуществляется Пенсионным фондом Российской Федерации);
- и) формирование итогового отчета о реализации программы ОМС по итогам года в целом по Российской Федерации и субъектам Российской Федерации в разрезе структуры заболеваемости и стоимости оказания медицинской помощи по категориям застрахованных (осуществляет Минздрав России совместно с Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом ОМС).

7. Предоставление возможности выхода из системы ОМС

В системе ОМС должна быть предоставлена возможность добровольного отказа от участия в ОМС и решения вопроса финансирования медицинской помощи через систему добровольного медицинского страхования.

В случае выбора в пользу системы добровольного медицинского страхования, обеспечивается право на денежную компенсацию через механизм предоставления вычета из единого социального налога в части направляемой в фонды ОМС, или подоходного налога (возможно, при наличии подушевого годового дохода превышающего определенное пороговое значение). Существенным моментом размера вычета из единого социального налога является сохранение финансовой стабильности системы ОМС независимо от количества застрахованных, перешедших в негосударственную систему медицинского страхования.

Обязательным условием согласования выхода из системы ОМС и установления налогового вычета должно быть наличие полиса добровольного медицинского страхования. При этом программа добровольного медицинского страхования по объемам и видам медицинской помощи не должна быть ниже базовой программы ОМС.

За гражданином, вышедшим из системы ОМС, должно быть сохранено право восстановления в ней с момента (возможно на условиях софинансирования из собственных средств).

Реализация данных положений потребует разработки новой законодательной базы, регулирующей правоотношения в системе добровольного медицинского страхования.

Расширение форм и способов участия населения в процессе финансирования развитие негосударстве сектора здравоохранения должно привести к модернизации системы добровольного медицинского страхования.

ОМС, являясь с 1993 года специальной системой государственного социального страхования по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью, в перспективе должно стать составной частью единой системы обязательного социального страхования, построенной на единых принципах.

8. Информирование общественности о реформе системы ОМС

Информирование общественности о реформе ОМС является важнейшим и неотъемлемым компонентом реализации настоящей концепции.

Стратегическими целями информационной политики является достижение со стороны населения знания и понимания:

предпосылок, целей и задач реформы, а так же механизмов новой системы;

преимуществ и издержек для граждан;

прав и обязанностей, возникающих в новых условиях;

вариантов выбора в новой системе ОМС, и умения делать обоснованный и ответственный выбор;

позитивного восприятия и доверия новой системе;

проявления практического интереса к вопросам ОМС.

Главной задачей информационной кампании должно являться разъяснение населению основных аспектов реформирования системы ОМС.

Информационная кампания должна проводиться как до, так и в процессе подготовки и принятия законодательных и иных нормативных правовых актов по реализации реформы ОМС.

9. Этапность реформирования системы ОМС

Внедрение новой системы ОМС будет проводиться поэтапно.

Этапность внедрения новой системы ОМС может выражаться в:

поэтапном расширении числа регионов-участников;

поэтапном расширении охваченных категорий застрахованных;

поэтапном повышении уровня централизации единого социального налога;

корректировке размеров налогового вычета из единого социального налога, предоставляемого при выходе из системы ОМС;

корректировке пороговых величин дохода граждан, дающих право на выход из ОМС (в случае установления пороговых ограничений на выход из системы).

В 2003 году предполагается отработка порядка финансирования программы ОМС в субъектах Российской Федерации по ОМС неработающих пенсионеров с участием средств Пенсионного фонда Российской Федерации (в объеме 1,5 млрд. руб.). В рамках проекта будут отрабатываться новые механизмы финансирования, учета, контроля и ценообразования. Финансирование программы ОМС из средств Пенсионного фонда Российской Федерации на оказание медицинской помощи неработающим пенсионерам будет осуществляться только в 2003 году. С 2004 года софинансирование программы ОМС будет осуществляться за счет средств федерального бюджета.

Введение нового закона начнется с 2004 года, с поэтапным наращиванием числа регионов, заключивши соглашения, с различной финансовой обеспеченностью программы ОМС неработающего населения. При этом с учетом возможностей финансирования будет применяться дифференцированное отношение к страхованию различных категорий неработающего населения. В полном объеме реформированная система ОМС начнет работу с 2007 года.

Предоставление налоговых вычетов из единого социального налога в пользу граждан, добровольно отказавшихся от участия в системе ОМС, целесообразно начать не позднее 2005 года.

Первоочередные меры для реализации уточненной концепции ОМС включают:

подготовку проекта постановления Правительства Российской Федерации, устанавливающего порядок финансирования в 2003 году эксперимента по ОМС из средств Пенсионного фонда Российской Федерации (внесение в Правительство Российской Федерации 15 февраля 2003 года);

доработку проекта федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (внесение в Правительство Российской Федерации 1 марта 2003 года);

разработку проекта федерального закона об общих принципах страхования неработающего населения в субъектах Российской Федерации, не заключивших с 2004 г. соглашения об осуществлении страховых взносов на ОМС неработающих граждан;

разработку проектов федеральных законов о фондах обязательного медицинского страхования;

разработку проектов федеральных законов, определяющих порядок предоставления налоговых вычетов единого социального налога в пользу граждан, добровольно отказавшихся от участия в системе ОМС, а особенности добровольного медицинского страхования этих граждан (внесение в Правительство Российской Федерации в июне 2003 года).

Принятие законопроекта потребует внесения дополнений и изменений в действующую законодательную базу. В частности, потребуется:

пересмотр положения Бюджетного кодекса Российской Федерации, ограничивающего направление бюджетных средств в организации негосударственной формы собственности, дополнение о возможности направления средств федерального бюджета в систему ОМС и определение механизма их использования;

внесение изменений в Налоговый кодекс РФ, в части изменения доли единого социального налога, направляемого Федеральным и территориальными фондами ОМС. При этом предполагается, что соотношения этих долей будет изменяться в течение 2004-2007 годов;

внесение поправок в Федеральный закон «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»;

внесение поправок в Федеральный закон «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования».

Развитие законодательной базы ОМС и здравоохранения, в частности, разработка законопроекта «О правах пациентов» потребуют принятия дополнительных мер и по защите прав медицинских работников. Известным и достаточно отработанным в странах с рыночной экономикой методом является формирование системы страхования ответственности профессиональной медицинской деятельности.

Вопросы реализации обязательного медицинского страхования в системе Главного управления исполнения наказания Минюста России

Справка о проблемах оказания медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования сотрудникам уголовно-исполнительной системы Минюста России и лицам, задержанным, заключенным под стражу, отбывающим наказание в местах лишения свободы по решению суда, в том числе осужденным, привлекаемым к труду

Проблема оказания медицинской помощи сотрудникам уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации существует во всех субъектах Российской Федерации, об этом свидетельствуют письменные обращения, поступающие в адрес Минюста России не только от руководителем территориальных органов уголовно-исполнительной системы (УИС), но и от глав администраций и

уполномоченных по правам человека субъектов Российской Федерации.

Из-за территориальной удаленности подразделений УИС (150-600 км от районных центров большей час регионов) доступность медицинской помощи в лечебных учреждениях МВД России, на которые возложена обязанность по медицинскому обеспечению сотрудников уголовно-исполнительной системы, для 70% ли состава ограничена, а в медицинских учреждениях других ведомств невозможна, несмотря на то, что они являются единственными для данного региона.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам России (Постановление Правительства Российской Федерации от 11.09.1998 № 1096 «Об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи», с изменениями) осуществляется в федеральных учреждениях здравоохранения Минздрава России в рамках обязательного медицинского страхования при наличии страховых медицинских полисов. Но согласно Закону Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», Федеральному закону от 31.12.2001 № 198-ФЗ «О внесении дополнений и изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации и в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах и сборах» федеральным законом о федеральном бюджете на соответствующий год сотрудники УИС Минюста России являются субъектом обязательного медицинского страхования и страховых полисов не имеют, тем самым нарушается их конституционное право (Конституция Российской Федерации, статья 41) на получение бесплатной медицинской помощи.

В процессе работы межведомственной рабочей группы над вопросом модернизации системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации было бы целесообразно решить не только вопросы соблюдения конституционных прав сотрудников уголовно-исполнительной системы на получение медицинской помощи, но и проработать организационные вопросы распространения действия обязательств медицинского страхования на лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы по решению суда том числе осужденных, привлекаемых к труду, так как законодательная и нормативная правовая база Российской Федерации не содержит положений об исключении из системы обязательного медицинского страхования этой категории граждан.

Согласно статье 29 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 № 5487-1 лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, имеют право на получение медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за бюджетов всех уровней.

Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (в редакции от 02.04.1993 №4741-1) в отношении лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы по решению суда, в том числе осужденных, привлекаемых к труду, реализован быть не может. Ссылки Федерального фонда обязательного медицинского страхования на законодательные и нормативные правовые акты безосновательны, так как в соответствии с частью 1 статьи 15 Конституции Российской Федерации «Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции Российской Федерации».

Проблема оказания медицинской помощи сотрудникам уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции Российской Федерации существует во всех субъектах Российской Федерации, об этом свидетельствуют письменные обращения, поступающие в адрес Минюста России не только от руководителей территориальных органов уголовно-исполнительной системы (УИС), но и от глав администраций и уполномоченных по правам человека субъектов Российской Федерации.

Из-за территориальной удаленности подразделений УИС доступность медицинской помощи в лечебных учреждениях МВД России, на которые возложена обязанность по медицинскому обеспечению сотрудников уголовно-исполнительной системы, для 70% личного состава ограничена, а в медицинских учреждениях других ведомств невозможна, несмотря на то, что они являются единственными для данного региона. В то же время в действие закона об обязательном медицинском страховании на сотрудников УИС не распространяется, этим существующее положение вещей нарушает их конституционное право на получение медицинской помощи.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 14.03.2002 №306р Министерству экономического развития и торговли Российской Федерации поручено рассмотрение проекта Федерального закона о медицинском страховании граждан России для чего была создана при участии различных министерств и ведомств рабочая группа по вопросам здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Во время его рассмотрения интересы Министерства Юстиции Российской Федерации по данной проблеме учтены, а представители Минюста России в указанную рабочую группу не были включены.

В процессе работы над указанным законопроектом было бы целесообразно решить не только вопросы соблюдения конституционных прав сотрудников уголовно-исполнительной системы на получение медицинской помощи, но и проработать организационные вопросы распространения действия обязательств медицинского страхования на лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы по решению суда

том числе осужденных, привлекаемых к труду, так как законодательная и нормативная правовая база Российской Федерации не содержит положений об исключении из системы обязательного медицинского страхования этой категории граждан.

О включении сотрудников уголовно-исполнительной системы Минюста России в программу обязательного медицинского страхования

Согласно п. 10 распоряжения Правительства Российской Федерации от 14.03.2002 № 306р Министерств экономического развития и торговли Российской Федерации поручено рассмотрение проекта федерального закона об обязательном медико-социальном страховании граждан России.

В настоящее время медицинская помощь в учреждениях здравоохранения Минздрава России осуществляется в рамках обязательного медицинского страхования при наличии страховых медицинских полисов.

Сотрудники уголовно-исполнительной системы (УИС) Минюста России таких полисов не имеют (Закон Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»).

Согласно ст. 32 Федерального закона от 30.12.2001 № 194-ФЗ «О федеральном бюджете на 2002 год» Министерство юстиции Российской Федерации не является субъектом обязательного медицинского страхования.

Медицинское обеспечение сотрудников УИС Минюста России осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями МВД России за счет средств федерального бюджета, выделяемых Минфином России для целей (постановление Правительства Российской Федерации от 30.10.1998 № 1Д4 и Указ Президента Российской Федерации от 28.07.1998 № 904).

В соответствии с пунктом 3 письма Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.03.2000 № 1089/30-3 «Об оплате медицинской помощи, оказанной военнослужащим, сотрудникам милиции, органов налоговой полиции и уголовно-исполнительной системы» медицинская помощь оказывается сотрудникам уголовно-исполнительной системы Минюста России, имеющим специальные звания, в лечебно-профилактических учреждениях МВД России, а также в учреждениях государственной муниципальной систем здравоохранения, из средств обязательного медицинского страхования не оплачивается.

В связи с вышеизложенным прошу Вас при рассмотрении законопроекта об обязательном медико-социальном страховании граждан Российской Федерации проработать механизм включения сотрудников УИС Минюста России в программу обязательного медицинского страхования (ОМС) и обеспечения полисами ОМС, а также предусмотреть выделение целевого финансирования на проведение расчетов с учреждениями государственной и муниципальной систем здравоохранения за оказанные медицинские услуги в регионах, где отсутствуют ведомственные учреждения здравоохранения.

Об оказании и оплате медицинской помощи осужденным

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, рассмотрев обращение Министерства юстиции Российской Федерации о выдаче осужденным страховых медицинских полисов обязательного медицинского страхования, сообщает следующее.

В соответствии со статьей 234 части второй Налогового кодекса Российской Федерации, введенной Федеральным законом от 05.08.2000г. № 118-ФЗ «О введении в действие части второй Налогового кодекса Российской Федерации и внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах» устанавливается единый социальный налог, предназначенный для мобилизации средств для реализации права граждан на государственное пенсионное и социальное обеспечение (страхование) и медицинскую помощь.

Установление регулирования налоговых правоотношений не входит в компетенцию Федерального фонда ОМС.

Согласно Закону Российской Федерации от 28.06.1991г. №1499-1 «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» (в редакции от 02.04.1993г. № 4741-1) обязательное медицинское страхование обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в полном объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между страхователем и страховой медицинской организацией.

Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, устанавливаемые упомянутым Законом принятыми в соответствии с ним нормативными актами, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора (статья 6 Закона).

Учитывая вышеизложенные правовые нормы, а также невозможность обеспечить установленное упомянутым Законом право граждан на выбор страховой медицинской организации, медицинского учреждения, врача и других прав в системе обязательного медицинского страхования, Федеральный фонд ОМС полагает, что Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в отношении лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы по решению суда, в том числе осужденных, привлекаемых к труду, реализован быть не может.

Одновременно сообщаем, что согласно статье 29 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993г. №5487-1 лица, задержанные, заключенные под стражу, отбывающие наказание в местах лишения свободы либо административный арест, имеют право на получение медицинской помощи, в том числе в необходимых случаях в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за счет средств бюджетов всех уровней.

О включении сотрудников УИС в программу ОМС

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, рассмотрев Ваше письмо о включении сотрудников и пенсионеров уголовно-исполнительной системы Минюста России в систему обязательного медицинского страхования, сообщает следующее:

Согласно ст.32 Федерального закона от 30.12.01г. №194-ФЗ «О федеральном бюджете на 2002 год» в 2002 году Министерство юстиции Российской Федерации наряду с другими федеральными органами исполнительной власти (Минобороны России, МВД России, ФСНП России и др.), где законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, освобождено от уплаты единого социального налога (взноса) в части исчисляемой и уплачиваемой в фонды обязательного медицинского страхования с денежного довольствия продовольственного и вещевого обеспечения и иных выплат, получаемых сотрудниками уголовно-исполнительной системы, имеющими специальные звания, в связи с исполнением обязанностей военной службы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Подобная правовая норма установлена также подпунктом 2 пункта 13 статьи 1 Федерального закона от 31.12.01г. №198-ФЗ «О внесении дополнений и изменений в Налоговый кодекс Российской Федерации и некоторые законодательные акты Российской Федерации о налогах и сборах».

Выше упомянутые нормативные правовые акты не предусматривают особенностей уплаты единого социального налога и обязательного медицинского страхования сотрудников уголовно-исполнительной системы Минюста России.

Кроме того, согласно п.2 Указа Президента Российской Федерации от 28.07.98г. №904 уголовно-исполнительная система Минюста России считается правопреемником уголовно-исполнительной системы МВД России.

На сотрудников уголовно-исполнительной системы Минюста России распространяются гарантии прав социальной защиты, установленные законодательством Российской Федерации и ведомственными нормативными актами соответственно для сотрудников органов внутренних дел и для военнослужащих внутренних войск МВД России, При этом расходы медицинским учреждениям на оказание медицинской помощи возмещаются за счет средств соответствующих федеральных органов исполнительной власти.

Вместе с тем, работники уголовно-исполнительной системы, а также граждане из числа сотрудников уволенные со службы из Минюста России, подлежат обязательному медицинскому страхованию наравне с другими гражданами в соответствии с нормативными правовыми актами, принятыми по обязательному медицинскому страхованию.

В соответствии с Уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 29.07.98 г. №857 в его компетенцию не входит участие в формировании, рассмотрении и согласовании федерального бюджета Российской Федерации.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования считает, что включение сотрудников уголовно-исполнительной системы Минюста России в систему обязательного медицинского страхования вступает в противоречие нормами Налогового и Бюджетного кодексов Российской Федерации и нормативными правовыми актами принятыми по обязательному медицинскому страхованию.

Интервью с председателем Пенсионного фонда России М.Зурбовым

–В чем основная идея реформы ОМС?

–По-моему, в предоставлении гражданину реального права выбрать лечащего врача, лечебное учреждение, страховую организацию, включая и возможность отказаться от финансирования расходов на оказание медицинской помощи через государственную систему ОМС.

–Для чего это нужно?

–Для совершенствования всей системы здравоохранения. Но начинать необходимо с модернизации системы финансирования медпомощи. На данный момент средства, поступающие в систему ОМС, являются налоговыми по своей природе. Обязательный характер этого платежа создает у лечебных учреждений ощущение, что эти средства не надо зарабатывать. Дело доходит до того, что дефицит средств на выпл. зарплаты работникам лечебных учреждений покрывается за счет субвенций Федерального фонда ОМС, которые могут направляться территориями только на оплату оказания медицинской помощи.

–Каким образом реформа решает эти проблемы?

–Предстоит усилить роль страховых принципов в финансировании здравоохранения. Оплата должна производиться за оказанную медпомощь. Необходимо четко распределить и ужесточить ответственность платежей на медицинское страхование граждан. Затем потребуются сформировать и законодательно зафиксировать условия, на которых работающие получат право отказаться от государственной системы и воспользоваться услугами негосударственного медицинского страхования. Это создаст предпосылки для реальной конкуренции между медицинскими страховыми организациями, а со временем и в сфере медицинских услуг. Сейчас страховые организации, работающие в системе ОМС, финансируют лечебные учреждения за счет государственных источников. Средства страховщикам поступают из территориальных фондов ОМС, а затем направляются в медучреждения. Роль, по сути, посредническая. За нее страховщики получают незначительную комиссию. Такой порядок не создает стимулов для оптимизации расходов.

–То есть нынешние функции страховщиков в этой системе будут не востребованы и страховые компании какой-то период выпадут из системы?

–Страховые компании, работающие с территориальными фондами ОМС, смогут сохранить за собой функции, связанные с формированием лицевого счета и обеспечением расчетов за оказанную помощь и контроль ее качеством. Но эту деятельность лишь условно можно назвать страховой.

–Что изменит новая система?

–Конкуренция заставит страховщиков добиваться эффективного управления расходами. Например, стимулировать сокращение госпитальных расходов, увеличивая объемы поликлинической помощи. Предстоит скоординировать работу по финансированию расходов на содержание лечебных учреждений и расходов на оплату собственно оказания медпомощи. Ответственность за содержание лечебной сети на переходный период можно было бы сохранить за органами исполнительной власти субъектов федерации и муниципальных образований. Что касается финансирования расходов, связанных с оплатой медпомощи, ее необходимо переводить исключительно на страховые принципы. Это создаст предпосылки для конкуренции между медицинскими организациями. Она получит развитие в случае расширения перечня разрешенных организационно-правовых форм, в которых может функционировать лечебная организация.

–Каким образом будет финансироваться ОМС неработающих, если часть средств уйдет на частный рынок?

–Если работающие граждане будут со временем отказываться от услуг фондов ОМС, возможно возникновение в отдельных регионах недостатка средств на финансирование медицинской помощи неработающих граждан. Причина в том, что в территориальных фондах ОМС средства, поступающие от работодателей на финансирование медпомощи работающим, перемешиваются с платежами субъектов федерации или муниципальных образований на неработающее население. Если платеж на работающего осуществляется несвоевременно или в недостаточном объеме, то поступившие от работодателей средства на работающего фактически используются на финансирование медпомощи неработающим. И если поступления в систему ОМС за работающими сократятся, то частично сократятся и источники для финансирования медпомощи неработающим. В этой связи было принято принципиальное решение, что обязанность осуществлять медицинское страхование неработающих граждан частично будет возложена на федеральный центр.

–То есть на ПФР?

–Половина затрат будет профинансирована ПФР, но только в этом году. Предполагается провести эксперимент с несколькими регионами. В его рамках субъект федерации внесет 50% платежа на медицинское страхование пенсионеров, а еще половина будет выделена из бюджета ПФР. Этот эксперимент позволит ответить на ключевой вопрос реформы: сколько стоит медицинская помощь пенсионерам? Это позволит определить пропорции, в которых будут соотноситься различные источники финансирования системы ОМС. Можно будет понять, сколько можно в перспективе отвлекать из государственной системы ОМС, сохраняя

гарантии для пенсионеров, детей и других категорий.

–Как можно будет выйти из госсистемы?

–Предполагается, что средства, подлежащие уплате в территориальные фонды ОМС, могут частично передаваться в негосударственную систему после того, как гражданин заключил соответствующий договор страховой организацией. Это будет договор об обязательном медицинском страховании, которое будет реализовываться на условиях классического страхования. Идея созвучна реализованной в пенсионном законодательстве.

–В концепции закреплено право на налоговые вычеты из ЕСН. Каким будет их размер?

–Предельный размер пока не определен. Это можно будет сделать только после проведения соответствующих расчетов, в том числе и по итогам эксперимента. Когда эти цифры станут известны, мы будем говорить о предельных размерах налоговых вычетов.

–Вся система социального страхования будет проходить через ПФР?

–Это не так. Задача ПФР провести эксперимент по финансированию ОМС неработающих граждан и нал персонифицированный учет объемов и стоимости оказанной медицинской помощи. Результаты, полагаю будут востребованы при реформировании ОМС. Частично ПФР будет осуществлять и контроль за целевым расходованием средств на медстрахование неработающих граждан на базе сформированных лицевых счетов.

Интервью с гендиректором Координационного совета работодателей России О.Еремеевым

Координационный совет объединений работодателей России объединяет 23 крупнейших объединения работодателей. Среди них РСПП, Ассоциация промышленников горно-металлургического комплекса, Торговая палата РФ и другие. В него входят также более десяти крупнейших предприятий. В частности концерн "Росавтодор", ГК "Норильский никель", холдинг "Интеррос", Российская топливная компания.

–Заинтересованы ли работодатели в том, чтобы ответственность за медобслуживание работников перешла на корпорации?

–Да. Мы ожидаем, что страховка будет обязательным условием трудового договора работодателя и работника. Условия страхования и тарифы будут определены в рамках генерального соглашения трехстороннего партнерства — правительства, работодателей и профсоюзов. При этом гарантии предоставления базовой медицинской помощи останутся закрепленными на государственном уровне.

–Некоторые предприятия покупают полисы для своих работников. Новая система позволит им покрыть часть расходов на эти цели. Насколько это существенная экономия?

–Сейчас в этом случае работодатель платит вдвойне: в систему ОМС и за добровольное медицинское страхование. Это приводит к тому, что потребитель страховых услуг вынужден платить за одно и то же дважды: один раз косвенно, через систему отчислений во внебюджетные фонды, и второй раз напрямую по договору страхования. Понятно, что первый платеж не обоснован, ведь человек, застрахованный в части компании, не будет пользоваться услугами районных клиник и больниц. Предоставление налоговых вычетов из системы ОМС сократит степень дублирования платежей. Но тут есть конфликт. Во-первых, схема оформления налоговых вычетов крайне непрозрачна и вряд ли будет эффективной. Во-вторых, полис ДМС будет, видимо, стоить дороже, чем отчисления в ОМС, так как обеспечивает больший набор услуг. Поэтому логично предположить, что предложенные налоговые вычеты — временная мера. А вообще я за то, чтобы появилась возможность выйти из госсистемы на все 100%.

–Но тогда нечем будет покрывать расходы на неработающих.

–Да, но дефицит при переходе к новым принципам ОМС в первые годы все равно возникнет. Выход из ситуации — изменить принципы социального страхования, модифицировав систему. Прежде всего, сразу убрать за скобки все нестраховые платежи и перевести их на бюджет. Ведь и сейчас дефициты так или иначе покрываются за счет бюджета, просто это делается завуалированно. Кроме того, мы предлагаем четко выделить взносы на нужды неработающего населения: финансирование медицинских учреждений для обеспечения минимальной гарантированной медпомощи неработающим гражданам, выплату пособий, базовой пенсии. Средства на это можно уплачивать, к примеру, в рамках отдельного налога. Для работы же части населения включится рыночный механизм.

–Какие тарифы на страхование вы считаете приемлемыми? Известно, что разрыв стоимости услуг ОМС и ДМС довольно высок.

–Сейчас финансовые отношения в системе ОМС строятся на основе "подушевого норматива". Он отражает лишь средства, аккумулированные в территориальном фонде ОМС, и не связан с ценой страхового риска различных категорий граждан. В системе добровольного страхования тарифы рассчитываются индивидуально, исходя из актуарных расчетов. Чтобы определить тарифы страхования, нужно провести тщательные актуарные расчеты. Они должны учитывать возраст, пол, состояние здоровья, место прожития, профессию. Исходя из этих признаков страховая компания и будет определять индивидуальный тариф за услуги. Он будет гораздо ниже существующих. Причем принципы расчета страховых тарифов должны быть одинаковыми для ОМС и ДМС.

–Что даст новая система работникам?

–В первую очередь сотрудники получают доступ к качественной медицине, так как предполагается, что в системе медстраха будут работать и частные страховые компании, обеспечивающие высокое качество медицинского обслуживания. А в дальнейшем механизм конкуренции приведет к значительному снижению тарифов таким образом, к снижению стоимости страховых медицинских программ.

Интервью с президентом Всероссийского союза страховщиков А.Ковалем

–Страховщики говорят, что участие в нынешней системе ОМС для них – неприбыльный вид бизнеса. По же тогда они так старались закрепиться в этой системе?

–Во-первых, убыточным этот вид страхования не назовешь. Страховщику заранее известны средства, которые он получит. Нет больших прибылей, но нет и потерь. Компания знает, что стабильно получит сумму от сборов на ведение дела. Во-вторых, в распоряжении страховщиков по ОМС оказываются базы данных физлиц. И всегда найдется клиент, недовольный бесплатным страхованием, которому страховщик может предложить застраховать здоровье добровольно, предложив наблюдение в клинике более высокого класса.

–Получается, что страховщикам выгодно недовольство граждан системой ОМС?

–Нет, совсем нет. Причина недовольства большинства застрахованных этой системой – в изначальном ее изъяне: слишком много звеньев. Скажем, зачем нужны фонды ОМС? Деньги из бюджета можно было бы напрямую перечислять страховщикам, выигравшим специальный тендер. По закону "О медицинском страховании граждан в РФ" страховщиком может выступать территориальный фонд ОМС, только если на данной территории не зарегистрирован страховщик ОМС. А на практике в 17 субъектах, где есть страховщики, их функции выполняют фонды. При этом система ОМС хоть как-то функционирует именно благодаря страховщикам. Компании осуществляют контроль за качеством, количеством и сроками оказанной помощи.

–Вам самому приходилось пользоваться услугами системы ОМС?

–Благодаря депутатскому статусу, я по системе ОМС прикреплен к поликлинике управделами президента. Раньше посещал районную поликлинику и знаю, какой там сервис.

–Тем не менее страховщиков с 1996 года под разными предлогами из системы ОМС пытались исключить. Зачем?

–Логика тех, кто писал концепции реформирования ОМС без участия частных компаний, заключалась в том, что из системы надо убрать все издержки. Отчисления на ведение дел страховщикам посчитали издержками. Писатели концепций, видимо, не понимают, что, если из системы ОМС выпадут страховщики, снизится качество медицинской помощи.

–Все чиновники выступали против частных компаний?

–Нет, более года назад первый замминистра МЭРТа Михаил Дмитриев работал над проектом о медицинском страховании. Одну из главных ролей в нем играли частные компании. Однако потом произошел отказ от идеи совместить федеральный фонд ОМС и федеральный фонд соцстраха. Как мне кажется, чиновникам фондов неинтересно было объединяться. Кому-то пришлось бы уйти. А чиновника с места сдвинуть очень сложно. Кроме того, есть один момент, о котором фонды стыдливо умалчивают – в графе "заработная плата" у их служащих стоит не фиксированная ставка, а процент от поступлений из бюджета. Ежегодно объем средств увеличивается, кто будет от этого отказываться?

–В нынешнем же варианте концепции для страховщиков есть ряд приятных моментов, например налоговые вычеты для страхователей ДМС. Как, по-вашему, на этом попытки вытеснить частный сектор из ОМС закончились?

–Налоговые вычеты – это, конечно же, хорошо. Но я не стал бы заранее потирать руки в предвкушении большой прибыли. Недели полторы назад мне попал в руки предыдущий вариант концепции, где было

сказано, цитирую пункт 10: "В дополнительном изучении нуждается предложение об исключении с определенного момента страховых организаций из системы ОМС". Концепция еще не закон. Все может поменяться. Идея о выборе между ДМС и ОМС здравая, страховщикам она нравится. На рынок ДМС по немалые деньги – миллиарды долларов. Но мне трудно комментировать это, потому что экономического обоснования этой идеи в концепции я не нашел. Внедрение любых механизмов без полноценного финансирования системы здравоохранения не приведет к существенным изменениям. Во многих странах мира финансирование гарантированных государством медуслуг для незащищенных слоев населения производится за счет акцизов на табак и алкоголь – основных носителей вреда здоровью. В концепции же говорится, что надо изыскать источник финансирования системы. Я его в концепции также не увидел. Необходимого нет, а искусственного много.

–Что вы имеете в виду?

–Мне кажется искусственным участие Пенсионного фонда в системе ОМС. Конечно, это ново для систем ОМС, и целесообразность новой схемы финансирования может показать только эксперимент. Но возник ряд вопросов. Почему бы те средства, которые ПФР готов платить за неработающих пенсионеров, прост пустить на увеличение пенсий? А страховщикам предоставить страхование. Или давайте уберем из этой системы слово "страхование" и скажем, что это чистой воды социальная защита. Государство всю ответственность за этот процесс принимает на себя. А мы развиваем ДМС. Либо внедряем реальные принципы страхования в ОМС, и система нормально работает.

–Но у ПФР уникальная персонифицированная база...

–Какие проблемы? Скиньте это на дискету страховщикам. Кроме того, в Москве система медицинского у полностью сделана страховщиками за собственные средства.

–ПФР обладает экономическими выкладками, знает например, сколько примерно необходимо пенсионерам ежегодно тратить на лекарства...

–Где эти данные взял ПФР? В Минздраве, Госкомстате? Эти данные ни для кого не являются секретом. еще проблема – в подсчетах? Страховщики – первоклассные математики. А не проще ли взять ту часть социального налога, что идет в ПФР, и перераспределить, добавить в фонд ОМС. ПФР становится лишь звеном. Поступили средства в ПФР, он пересчитал и отправил в фонд ОМС. Простой перевод средств.

–Но должен же кто-то контролировать движение средств в системе ОМС?

–Вот в чем весь вопрос. Но почему бы не контролировать эти потоки Минфину – его департаменту страховнадзора? Он же надзирает за страховщиками. Какие проблемы?

–Что будет с системой ОМС без участия страховщиков?

–Системы ОМС не будет, будет государственное медобеспечение.

Перечень правовых нормативных актов, подлежащих разработке

Для реализации концепции модернизации системы ОМС необходимо подготовить следующие нормативные правовые акты:

проект федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (внесение в Правительство Российской Федерации 1 апреля 2003 года);

проекты федеральных законов о фондах обязательного медицинского страхования;

проекты федеральных законов, определяющих порядок предоставления налоговых вычетов из единого социального налога в пользу граждан, добровольно отказавшихся от участия в системе ОМС, а также особенности ДМС этих граждан (внесение в Правительство в июне 2003 года);

проект федерального закона о добровольном медицинском страховании;

проект федерального закона об общих принципах страхования неработающего населения в субъектах РФ заключивших с 2007 г. соглашения об осуществлении страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан;

проект федерального закона о специализированной государственной (муниципальной) некоммерческой

организации;

изменения и дополнения в Бюджетный Кодекс РФ, ограничивающие направление бюджетных средств в организации негосударственной формы собственности, дополнение о возможности направления средств федерального бюджета в систему ОМС и определение механизма их использования;

изменения и дополнения в Налоговый Кодекс РФ, в части изменения доли единого социального налога, направляемого в Федеральный и территориальные фонды ОМС; предполагается, что соотношение этих долей будет изменяться в течение 2004-2007 годов;

изменения и дополнения в Федеральный закон «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»;

изменения и дополнения в Федеральный закон «Об основах обязательного социального страхования»;

изменения и дополнения в Федеральный закон «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования».

Необходимо также разработать и утвердить постановлением Правительства Российской Федерации Программу информирования населения о развитии системы ОМС.

Развитие законодательной базы ОМС и здравоохранения, в частности, разработка законопроекта «О защите прав пациентов» потребуют принятия дополнительных мер и по защите прав медицинских работников. Известным и достаточно отработанным в странах с рыночной экономикой методом является формирование системы страхования ответственности профессиональной медицинской деятельности.

Литература и ссылки

1. Ананьева Е.А. К вопросу о финансировании здравоохранения в условиях медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 6-7. – С. 87-90.
2. Алдаров А.Т., Егоркина Т.Н., Воробьев А.И. Информационное обеспечение обязательного медицинского страхования // Там же. – С. 48-50.
3. Герасименко Н. Блеск и нищета медицинского страхования в России // Там же. – С. 1-2.
4. Гришин В.В. Обязательное медицинское страхование в РФ // Там же. – С. 5-7.
5. Дегтярев Г.П. Три проблемы развития обязательного медицинского страхования // Там же. – С. 37-38.
6. Демченко В., Решетин Е. Добровольное медицинское страхование // Эксперт. – 1999. – № 12. – С. 2-14.
7. Денисов И.Н. Экономические особенности переходного периода к бюджетно-страховой модели оказания медицинской помощи // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 6-7. – С. 45-46.
8. Дзалиева Г.Х., Соловьева О.Г. ОМС – основное направление реформирования российского здравоохранения // Здравоохранение. – 1996. – №5. – С. 16.
9. Ермаков Б.А. Первичная медико-санитарная помощь в системе медицинского страхования: организационно-управленческий аспект // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1993. – № 1. – С. 57-62.
10. Еськов Г.С. Страховая медицина в России начала XX века (из истории становления) // Экономика здравоохранения. – 1998. – № 7. – С. 8-10.
11. Златкис В. И., Матвеева В.И., Филимонов Н.А. и др. Опыт организации экспертизы качества медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1998. – № 1, – С. 32-35.
12. Зыков Д., Мельников А., Савин А. Сколько стоит лечиться рядом с президентом // Известия. 28.04.99

13. Исакова Л.Е. О реорганизации системы обязательного медицинского страхования // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 6-7. – С. 39-40.
14. Каткова И.П., Новосельская О.М., Сковердяк Л.А. Базовая программа медицинского страхования детей России // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – № 1. – С. 106-112.
15. Киселев С.В. Медицинское страхование: экономические условия функционирования // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 6-7. – С. 72-79.
16. Ковалевский М.А. Система и элементы правового статуса фондов обязательного медицинского страхования // Там же. – С. 43-44.
17. Концепция становления и развития системы ОМС (проект) // Там же. – С. 80-86.
18. Концепция развития медицинского страхования в России // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко. – 1992. – № 2. – С. 108.
19. Корчагин В.П. Обязательное медицинское страхование: замысел и воплощение // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 6-7. – С. 56-61.
20. Кравченко Н.А. Анализ финансового обеспечения населения РФ средствами ОМС и бюджета здравоохранения в 1995 г. // Там же. – С. 51-55.
21. Кузнецов П.П. Добровольное медицинское страхование: достижения и проблемы развития // Там же. – С. 8-9.
22. Кучеренко В.З., Сырцова Л.Е. Перспективы профилактики в системе медицинского страхования // Там же. – С. 64-65.
23. Кучеренко В.З. Критический анализ существующей системы ОМС // Там же. – С. 13-14.
24. Лисицын Ю.П., Шитан Е.Н., Случанко И.С. и др. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. – М.: Медицина, 1987. – 432 с.
25. Лисицын Ю.П. Медицинское страхование – страховая медицина. Нужны ли они? // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 6-7. – С. 35-36.
26. Лисицын Ю.П., Стародубов В.И., Савельева Е.Н. Медицинское страхование. – М., 1995. – 142 с.
27. Мжаванадзе Г.О. К пятилетию принятия закона "О медицинском страховании граждан РФ" // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 6-7. – С. 10-11.
28. Миняев В.А., Вишняков Н.И., Юрьев В.К., Лучкевич В.С. Социальная медицина и организация здравоохранения, т. II. – СПб., 1998. – С. 224-243; С. 405-438.
29. Мирский М.Б. Медицинское страхование в 20-е годы // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1993. – № 1. – С. 81-91.
30. Михайлова Ю.В. Первые шаги медицинского страхования в России // Экономика здравоохранения. – 1996. – № 7. – С. 12.
31. Найговзина Н.Б., Лошаков Л.А., Лин А.А. Пути развития обязательного медицинского страхования в условиях лекарственного обеспечения населения // Там же. – С. 66-67.
32. Новокрещенов И.В., Захаров И.А., Захарова Е.А. и др. Основные механизмы обеспечения прав пациентов (застрахованных) при оказании медицинской помощи // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1998. – № 1. – С. 70-73.
33. Обязательное медицинское страхование в РФ. Сборник законодательных актов и нормативных документов / Под ред. Гришина В.В., Семенова В.Ю. – М., 1994. – 360 с.
34. О медицинском страховании граждан (законодательная база по состоянию на февраль 1998 г.). – М., 1998. – 160 с.

35. Орлов Д.А., Жилиева Е.П. К 50-летию Всемирной Организации Здравоохранения // Бюл. НИИ социал гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко.– 1998.– № 1. – С. 147-156.
36. Повар Е.В., Есиков М.С. Проблема рационального использования детского соматического коечного ф при переходе к медицинскому страхованию // Там же.– С. 57-64.
37. Поляков И.В. О рационализации системы финансирования и организации лечебно-профилактическо помощи населению в условиях ОМС и рыночной экономики // Экономика здравоохран.– 1996.– № 6-7.– С. 4
38. Преображенская В.С., Золозов С.В. Переход к медицинскому страхованию. Некоторые вопросы эффективности управления здравоохранением // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управлени здравоохранением им. Н.А.Семашко.– 1993, – № 1. – С. 52-57.
39. Преображенская В.С., Сковердяк Л.А., Ермилова Н.Е. и др. Основные требования и методические по к составлению программ обязательного медицинского страхования // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко.– 1992.– № 2.– С. 59-64.
40. Робертс Дж.Л. Медицинское страхование // Там же. – 1993. – № 1. – С. 96-106.
41. Ройтман М.П. Расчет страховых взносов по обязательному медицинскому страхованию // Там же.– 1993.– №2. – С. 59-64.
42. Семенов В.Ю, В РАМН: Концепция развития медицинского страхования в России // Там же.– С. 108.
43. Семенов В.Ю. Основные направления реализации государственной политики в области обязательнс медицинского страхования // Федеральный справочник "Здравоохранение России".– 1998.– С. 185-198.
44. Семинар-совещание "Задачи органов управления по выполнению Закона о медицинском страховани граждан в РСФСР и постановления правительства РФ от 23/1 1992 г. № 41 // Бюл. НИИ социальной гигие экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко.– 1992.– №2 – С. 102-105.
45. Стародубов В.И., Апазов А.Д., Денисов Г.А., Караулов А.В. Неправительственный экологический фон В.И.Вернадского. Россия – стратегия развития в XXI веке // Здоровье населения России и здравоохране М., 1997.– Ч. II. – С. 120-140.
46. Стародубов В.И. Введение медицинского страхования в России // Бюл. НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко. – 1993.– № 1. – С. 5-10.
47. Стародубов В.И., Дубинина Е.И., Зенков В.Е. Влияние способа оплаты медицинской помощи на пока: деятельности лечебно-профилактического учреждения // Экономика здравоохран.– 1998.– № 5. – С. 33-35.
48. Таранов А.М. Проблемы и перспективы развития системы обязательного медицинского страхования // Федеральный справочник "Здравоохранение России".– 1988.– С. 179-184.
49. Царегородцев А.Д. О ходе реализации Закона РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" // Экономика здравоохран.– 1996.– № 5.– С. 11-14.
50. Шейман И.М. Бюджетно-страховая система здравоохранения.– Кемерово, 1993.– 127 с.
51. Шишкин А.П. Эволюция страховой медицины в начальный период НЭПа в России // Бюл. НИИ социа гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко.– 1992.– № 2.– С. 90-102.
52. Щепин О.П. Медицинское страхование как социальная защита населения в условиях реформы эконс России // Там же.– С. 5-12.
53. Новое общественное здравоохранение. Т. Тульчинский и Е. А. Варавикова. Иерусалим 1999.
54. Реформа управления и финансирования здравоохранения. И. М. Шейман. Москва. «Русь». Издатцен 1998.
55. Mark G. Field. Eurohealth, Vol. 4, No 6, Special Issue, Winter 1998/99. "Dismantling Soviet Socialized Medi and the Uncertain Future of Health Insurance".
56. TH Tulchinski and EA Varavicova. The New Public Health. (Draft version)

57. Cartriona Waddington and Martin Mc Nicol. Eurohealth, Vol. 4, No 6, Special Issue, Winter 1998/99. Health in russia why doesn't the system reform.
58. Sergey Shishkin, Eurohealth, Vol. 4, No 6, Special Issue, Winter 1998/99. The challenges for the Russian H Care reform.
59. Styrborn K, Thorslund M Health Policy 1993 Dec;26(2):155-70. 'Bed-blockers': delayed discharge of hospita patients in a nationwide perspective in Sweden.
60. Carpenter ES, Paul-Shaheen P, Journal of Health Policy Law. 1984 Fall;9(3):453-73 Implementing regulato reform: the saga of Michigan's debedding experiment.
61. Burchardi H, Schuster HP, Zielmann S, New Horizons 1994 Aug;2(3):364-74. Cost containment: Europe. Germany.



[Вернуться на предыдущую](#)
К